Eina kartą mėnesyje | 1930 | XI METAI.

Nr. 2 | Vytauto Didžiojo metai | Vasario mėn. | Nr. 2

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS.

LEIDŽIA: L. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litai puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šito numerio kaina 4 lit.

TURINYS.

SOMMAIRE.

Prie šio „Medicinos" numerio pridedamas nemokamas priedas „Normacol".

OSRAM-VITALUX

LEMPOS SU SAULĖS VEIKIMU

<ŠVIESA, ŠILIMA IR ULTRAVIOLETAS>

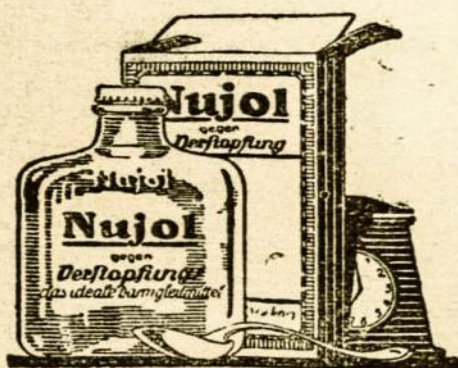
Literatūra apie erytheminį, antirachitinį, naikinantį bakterijas veikimą, ir kliniško gydymo pasisekimus suteikiama nemokamai.

Parduodama visose specialėse medicinos reikmenų parduotuvėse.

OSRAM G.M.B.H. KOMMANDITGESELLSCHAFT BERLIN O 17.

Nujol

Valstybės apsaugotas



prieš obstipaciją

Idealiai pro žarnas praeinąs vaistas.

Nujol, parafino aliejų prototypas, yra chemiškai visiškai grynas, be to, neturi skonio ir turi žarnų fiziologijos atžvilgiu atitinkamą viskozitetą.

Reguliarus kaip laikrodis.

Literatūros ir pavyzdžių galima gauti nemokamai iš

D. A. P. G. — Nujol-Abteilung
Hamburg 36. Neuer Jungfernstieg 21.

SCHERING-KAHLBAUM A.G.
BERLIN

HH

Atophanyl

Schering

Zur parenteralen Anwendung des Atophan, speziell bei chronischen und akuten Muskel- und Gelenkrheumatismen, Ischias, Neuralgien etc. Zur intravenösen Injektion: Kartons mit 5 Ampullen à 10 ccm. Zur intramuskulären Injektion: Kartons mit 5 Ampullen à 5 ccm. Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung durch:



Herrn Leopold Malz, Kaunas, Vytauto prosp. 27

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XI met.	1930 m. Vasario mėn.	Nr. 2

Dr. Ch. Finkelšteinas,
skilvio ir žarnų ligų gydytojas Kaune.

Laboratorinių ir rentgenoskopinių duomenų įvertinimas skrandžio ir žarnų ligų gydymo praktikoje.

Pastaruoju metu, B e r g m a n n'ui vykusiai pradėjus, periodinėj medicinos spaudoj ir gydytojų suvažiavimuose pakelta akcija prieš vadinamąsias organoneurozes. Šita akcija, be abejojimo, turi rimto pagrindo: iš tiesų, nervų žaismui teikta perdidelės reikšmės, itin skrandžio ir žarnų ligų gydymo praktikoje. Visa atypinga, neaišku, slaptom vykstama būdavo suverčiama vienon krūvon, bendruoju neurozės pavadinimu. B e r g m a n n'o paskleistas obalsis — organoneurozių sulikvidavimas (Abbau der Organoneurosen) — nereikia taip suprasti, būk skrandžio - žarnų trakto nerviško pobūdžio sutrikimų visai nėsą; atvirkščiai, visų dienų fizijologija ir praktiškoji medicina suteikia mums neišsemiamą daugybę pavyzdžių, kad psycho-neurasteniško pobūdžio ligų šitoj srity visiškai nereta, bet vis dėlto tokia diagnozė, kaip kad organoneurozė, tenka vartoti be galo atsargiai. Jos esama cavete diagnozės, plačiai nevartotinos, panaudotinos tik tuomet, kai jau išbandyti visi modernieji funkcinės diagnostikos metodai ir nieko patologiška organe nesusekta. Juk typiško vaizdo skrandžio arba žarnų neurozės visiškai nėsama: skausmas ir vėmimas, atsirūgimas ir riemuo, viduriavimas ir užkietėjimas, pasunkėjimas ryti ir meteorizmas gali pasitaikyti tiek organų, tiek ir nervų susirgimo atvejais. Pridūrus, kad daugumas tokių mūsų praktikos atvejų vyksta atypingai, kartais slaptom, maskiruodami visiškai kitą ligą, kad antrininkai reiškiniai kartais užtemdo pagrindinę ligą, aiškiai matoma, kaip sunku išvesti riba, kur baigiasi neurozė ir prasideda organiškoji liga. Gydytojas ir diagnozės klaida — neperskiriami. Dažnai iš klaidų pasimokome; tačiau tų klaidų, itin skrandžio - žarnų diagnostikoj, labai sumažėtų, jeigu nesitenkintume paviršutiniška, be pakankamos kritikos priimta, diagnoze: čia esanti neurozė, bet įsigilintume ligos esmėn, panaudoję visus metodus ir duomenis, kurių mums teikia modernioji funkcinė virškinamojo trakto diagnostika. Tačiau toli

gražu nepakanka vien žinoti tie metodai, mokėti daryti analizės ir nuotraukos, — dar reikia patirties ir nusimanymo, kad teisingai įvertintume ir išsiaiškintume iš laboratorijos ar rentgeno pasemtus duomenis; tatai ir bus mano pranešimo tikslas.

Prieš imdamas nagrinėti pačią temą, prašau leidžiamas stabtelti ties viena svarbia smulkmena: aš laikau labai žalinga tiek gydytojui, tiek ligoniui, jei analizių duomenys (vis vien, laboratoriniai ar rentgenologiniai) duodami ligoniui amžinon nuosavybėn. Tokius pageltusius, sugruzdėjusius lapelius ligoniai saugo visą amžių, nelyginant kokią relikviją. Atspėdamas nuo darbo ar apsidūmojimo valandomis ligonis daugybę kartų skaito nesuprantamus žodžius ir terminus, stengdamasis suvokti neaiškią jų prasmę, tikėdamasis išsiaiškinti savo ligą. Visa tai ligonis aiškina savotiškai, iškraipydamas tikrąją prasmę ir painiodamas sąvokas. Kiekvienas gydytojas, manau, turi tokių anekdotų iš savo praktikos. Antai, beskaitydamas plaučių rentgenogramos protokolą, kur kalbama apie dėmes, ligonis mano, kad tos dėmės žymi plaučių pūvamas vietas; užtikęs šlapimo analizėj pasakymą „regimam lauke 3—4 leukocitai", ligonis taria nesveikuojant savo akis; kai rentgenas sako skrandį nusmukus, ligonis kenčia baimę, kad jojo skrandis smuks vis žemiau — šitaip galima ir visai jo netekti! Atiduodami ligonių nuosavybėn tas visas analizes, mes tikriausiai sukeliame jiems psychiškos traumos, paverčiame juos neurastenikais, psychopatais, hysterikais, gastrofobais, kurie ardo savo ir artimųjų gyvenimą. Toksai ligonio typas, nešiojąsis visą archyvą apterštų receptų ir popiergalių, dažnai mūsų sutinkamas. Mano išmanymu, gydytojas neprivalo įteikdinėti ligoniui duomenų apie laboratorinius ir rentgeno tyrimus. Tie duomenys priklauso vien gydytojui, juos galime perduoti kitam gydytojui, bet tik uždarame voke, kaip ir kiekvieną neviešą raštą, kad turinys netaptų miesčioniškų plepalų objektu.

Tiek to, palikime ligonio traumą ir pasižiūrėkime dabar atvirkščios medalio pusės, būtent, kaip atsiliepia gydytojams tasai analizių davinėjimas, laisva jų apyvarta rinkoje. Neperseniai „Münch. med. Woch." pasirodė įžymaus dancigiškio chirurgo L i e k'o straipsnis, antrašte „Gydymo stebuklas" („Das Wunder in der Heilkunde"), kuriame autorius pasakoja apie „stebuklingąjį gydytoją" Z e i l e i s'ą, gyvenantį G a l l s p a c h'e ir jojo „stebuklus" ligonius begydant. Savo straipsnyje, be ko kita, L i e k'as aiškina to šundaktario sėkmės priežastis, kursai kasdien praleidžia šimtus ligonių, imdamas po 3 šilingus nuo žmogaus, ir su kuriuo negali konkuruoti nė vienas Austrijos gydytojas. Daugumas tos sėkmės priežastį įžiūri nepaprastoj sugestijos galioj, L i e k'as irgi to nenuneigia, bet vis dėlto šundaktario sėkmės šaknys, jo nuomone, glūdi giliau ir visiškai kitur; visų pirma, tasai stebukladaris gydytojas savo asmenį ir darbą gaubia ypatingu paslaptumu, kuone mistika; antra vertus, jisai išlaikė tą pagarbos jausmą, tą distanciją, kuri privalo būti tarp gydytojo ir

trokštančio pagyti. L i e k'as mano, kad gydytojai patys čia kalti ir tik sau kenkia, laikydami savo ligoniams ištisas paskaitas, dėdami laikraščiuose medicinos turinio straipsnius, kurių gausybė ir kokybė gerbiamajai visuomenei jau gerokai įgriso.

Šundaktarybei pakirsti L i e k'as siūlo originalų būdą — „man mache den Zauber zur Wissenschaft, und sein Wirkung ist erloschen" — esą, tereikia mokslingai pagrįsti stebuklas, ir pastarojo galia išnyks. Ir štai, to galšpachiškio „stebukladario" sūnus, tikras dipluomotasis gydytojas, nori moksliškai pagrįsti savo tėvelio sėkmę Bostono fizijologų kongrese. L i e k'as mano, kad tuo būdu G a l l s p a c h'o stebuklams bus padarytas galas.

Su L i e k'u galime sutikti ar ne — čia jau pažiūrų ir įsitikinimo reikalas, bet vis dėlto turime pripažinti, kad L i e k'as yra pasakęs daug tiesos. Tikrai, gydytojai patys pakerta gydomųjų pasitikėjimą, leisdami neišmanančiai ligonio akiai žvelgti ten, kur ji neturėtų pasiekti. Dar prisiminę, kad mūsų medicinos drausmė netobula, netiksli, o kartais net bejėgė, — tikrai suprasime kokių išdavų gydytojams gali turėti ligonio ekskursija jam svetimon sritin. Esama senos taisyklės: nei virtuvės nei gaminimo paslapčių svečiams nerodoma, nes tatai ir neapetitiška ir nenaudinga; šitą taisyklę įvertina kiekvienas restoratorius — nejau jos nesuprastų išmokslintas gydytojas? Juk kiekvieno gydymo sėkmingumas labiau ar mažiau pareina nuo sugestijos, o pastaroji visuomet pagrįsta tam tikru paslaptingumu.

Žinoma, ligonių kasų, gydytojų kontrolierių ir atkaklios konkurencijos amžiuje sunku bereikalauti iš kiekvieno paprasto gydytojo — praktiko išlaikyti Eskulapo žynio orumą; vis dėlto nedera visa paneigti, perdaug apsileisti, kad netaptume tokiais pilkais, šiokiadieniškais, kaip kad, deja, nūdien jau tapo daugelis gydytojų...

Būkite atlaidūs, kad kiek nukrypau iš temos, o dabar imsiuos mano pranešimo esmės — pradėsiu skrandžio sunkos duomenų vertinimu, pirmiau kiek aptaręs metodiką.

Dėl skrandžio sunkos tiriamosios metodikos.

Dėl B o a s - E w a l d'o ir E h r m a n n'o laurų, matyti, daugelis nerimsta. Pastaruoju metu literatūroje paskelbta ištisa naujų metodų eilė, labiausiai liečiančių patį bandinį — t e s t. Bandomiems pusryčiams siūlo ir alaus ir kopūstų išsunkų, juodos duonos, cofejino ir kt. Vis dėlto ne visa nauja — praktiška. Klasiškieji B o a s - E w a l d'o pusryčiai (35 gr. pyrago ir 400 ccm. nesaldintos arbatos) iki šiol tebeturi daugiausia šalininkų, nepaisant visokių naujovių, itin praktikuojančių gydytojų tarpe, kuriems tenka savo ligoniai tirti ir gydyti ambulatoriškai. Pagaliau, kaip jau nekartą esu minėjęs ankstybesniuose mano raši-

niuose, tokie pusryčiai labiausiai panėši paprastiesiems, nes arbata su pyragu — tikriausieji pusryčių patiekalai.

E h r m a n n'o bandinys — bandomasai alkoholio gėralas (Alkoholprobefruestueck) — pastaruoju metu smarkiai paplito, itin klinikose, kur jis visais atžvilgiais patogiau vartoti, negu kad šitaip pas gydytoją per ambulatorinį priėmimą. Tą gėralą sudaro 15 ccm. 96% alkoholio + 285 gr. vandens; skrandžio turinį paprastai išima duodeninio zondo pagelba 30 minučių, o dažniau — 45 minutėms išėjus.

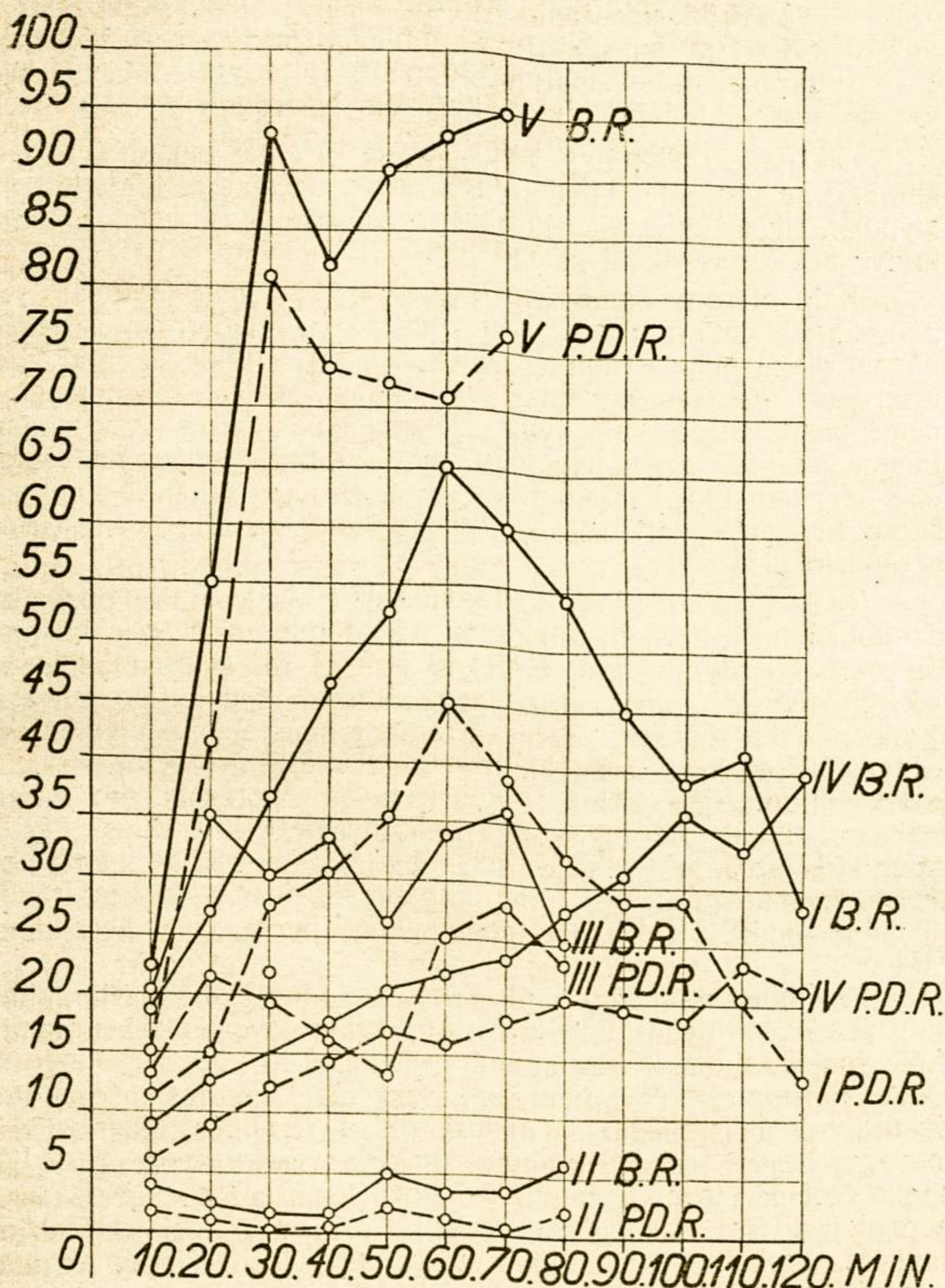
Šitas metodas, kaip jau turėjau progos pažymėti kitame mano rašiny, turi daug pirmenybių: visų pirma, gautoji skrandžio sunka yra skaidri, be kokių kietų dalelių priemaišos, kas įgalina mikroskopiškai aiškiai įžiūrėti gleivėtojo skystimo, kraujo ar pūlių priemaišas, mikroskopo vaizde ūmai susekti ląsteles, leukocitus, bakterijas ir t. t.; antra vertus, skrandžio sunkos galime išsisiurbti plonučiu duodeniniu zondu, kuris nesukelia tokio dusulio kaip kad paprastas storasis zondas, kas itin svarbu esant ydingai širdžiai, aukštam kraujo spaudimui, senyviems ligoniams — juk šitais atvejais storasis zondas tiesiog kontrindikuotas; bet visų brangiausioji šito metodo savybė ta, kad jisai mus įgalina atlikti frakcijonuotą skrandžio sunkos ištyrimą. Jį darome šitaip: kas 10 minučių išsiurbiame po 10—20 ccm. sunkos ir supilame į atskiras mėgintuvėles; šita procedūra trunka 1—2 valandas. Gautąsias atskiras skrandžio sunkos porcijas ištiriame, susekdam kiekvienos jųjų palaidą druskos rūgštį ir bendrąjį rūgštingumą; vėliau pasidarome vadinamąją rūgštingumo kreivę — abscisėje sužymim laikotarpius, ordinatėje — rūgštingumą. Tokių kreivių viso esama 5 typų:

I typas — t o l y g i n i o   p r i e a u g l i o   k r e i v ė, kuri tolydžio kildama, šeštai porcijai pasiekia kulminacinį tašką (60—70°), o toliau taip pat tolydžio krinta. Šitokia kreivė — typingoji sveiko skrandžio kreivė, bet vis dėlto jinai neeliminuoja skrandžio susirgimų.

II typas — h o r i z o n t a l ė   k r e i v ė, svyruojanti tarp 0 ir 10 per visą sunkos siurbamą laiką. Šitokią kreivę aptinkame konstitucionalės achilijos, dažniausiai — skrandžio vėžio atvejais, ypač jei esama daug gleivių priemaišos ir sunkoj daug baltymų.

III typas — l a i p t ų   p a v i d a l o (Klettertyp, anot amerikiečių autorių — Climbing type) k r e i v ė, analoginė pūliuojamų procesų temperatūros kreivei, tik mažesniais svyravimais. Pasiekusi tam tikrą aukštumą, kreivė smunka žemyn, o paskui vėl pakyla ligi to pat aukštumo. Tatai aiškinama, esą, skrandžio rūgštingumas kartotinai neutralizuojamas įtekančios duodeninės sunkos.

Pasak Rehfluss'o ir Katsche'o, šitokia kreivė dažniausiai nurodo ulcus duodeni. Čia, matyti, esama tam tikro stabilingumo pyrolus'o veikime, gal sukelto ulcus'o suerzinimo arti pylorus'o.



IV typas — lėto prieauglio kreivė (spätacide Kurve). Šitas kreivės pakylimas įvyksta labai pavėluotai, pasiekdamas maximum'ą kartais tik po 2 valandų; rūgštingumas nėra pėr aukštas, bet labai ilgai išlaiko pasiektą laipsnį.

Šitoji kreivė nepaprastai būdinga pylorus'o stenozės atvejams, tačiau ji pasitaiko ir bet-kurių kitų ulcus'ų atvejais.

V typas — ūmaus prieauglio, stačiai kylanti kreivė (Frühacide steile Kurve), pasiekianti aukštų skaitmenų (90—100) jau po 10—20 minučių. Šitokia kreivė parodo skrandį esant smarkiai suerzintą ir charakteringa ulcus'ui, nors gali būti ir kitų skrandžio susirgimų atvejais.

Čia patiektieji kreivių (žiūr. atvaizdą) typai (sekant Grote), žinoma, ne visuomet būna tokie ryškūs, dažniau jie būna mišrūs, atypingi, tik artimi vienai kuriai formai, kartais net keblu priskirti kreivę bet-kuriai vienai kategorijai.

Kaip matome, ambulatoriškai praktikai šitas metodas yra painokas, sudėtingas; jam reikia tam tikro įrengimo ir asistento, itin jei vienu laiku gydytojui tenka ištirti keli tokie ligoniai. Bet užtat šitas metodas patikimesnis už kitus, nes juo sekdami gauname tikslų vaizdą, kaip vyksta sekrecija per ištisas 2 valandas. Sunka, paimtoji storuoju zondu, tėra skrandžio sekrecijos eigos atspindis tam tikroj fazėj; tokia sunka, taip sakant, tenusako skrandžio statiką; atvirkščiai, frakcijonuotas ištyrimas nušviečia skrandžio dinamiką.

Tačiau pažymėtina, kad bandomieji alkoholio pusryčiai fiziologiškumo atžvilgiu toli gražu neatatinka mūsų reikalavimų. Čia nėra kramtomo akto, ir dėl to dingsta du svarbiu refleksu: sekrecinis ir varomasis. Fiziologija moko, kad tuodu refleksu pradeda veikti tik ėmus burnai kramtyti maisto gniužulą; be to, sekrecinis refleksas labai jautrus ir jam toli gražu ne visvien, kas kramtoma bei ryjama. „Refleksas juo stipresnis, juo geriau maistas tinka fiziologiškam jutimui liežuvio-ryklės nervo galūninių aparatų". Tokie pusryčiai tinka alkoholikams ar mėgstantiems išgerti, nes tokie nepaprasti pusryčiai jiems kaip tik labiau sukelia sekreciją, negu gėlus pyragas ir nesaldinta arbata.

Prisiminę skrandžio sunkai tirti metodus, dabar pažiūrėkim, kaip reikia vertinti duomenys, kurių esame gavę sunką betirdami. Apie spalvą, skonį ir kitą smulkmę nekalbėsiu, nes tatai — atliekama trafaretiškoji literatūra, sakyčiau, analizės protokolo dekoratyvė dalis. Taip pat neturi jokios reikšmės diagnostikai teigiama išėjusi reakcija kraujui sunkoje susekti, ypatingai, jei sunką ėmėme storuoju zondu — tuokart mažiausias sužeidimas, neretai įvykstąs, jau padaro reakciją teigiama. Jei skrandžio sunkoje susekam tulžies, reikia spėti, kad pylorus'o srity esama tam tikros suerzinimo būklės, kuri leidžia tulžiai patekti skrandin; be kitko, po gastroenteroanastomozės skrandžio sunkoje visuomet esama kiek tulžies.

Visų svarbioji analizės dalis yra josios chemizmas: rūgštingumas ir fermentacija. Skrandžio rūgštingumas suteikia mums

nemaža duomenų, kartais net labai vertingų, bet vis dėlto galutino atsakymo, tvirto atramos taško diagnozei dar nesuteikia. Sakysime, laiptų pavidalo kreivė nepaprastai būdinga ulcus duodeni atvejui, tačiau tokią pat kreivę kartais turi ir visiškai sveikas skrandis; atvirkščiai, normalaus skrandžio rūgštingumo kreivė pasitaiko ir skrandžio karcinomos atvejais. Apie duomenis, gautus betiriant storuoju zondu, mes nė nekalbėsime — juk jie teatvaizduoja vieną atskirą skrandžio chėmizmo fazę. Taigi matome, kad pagrindę diagnozę vien skrandžio sunkos duomenimis, neretai suklystume. Juk dažnai skrandžio vėžio atvejais pasitaiko ir normalus rūgštingumas ir hyperaciditas, o ulcuso atvejais — ir subaciditas ir anaciditas; apie tai mums galėtų daug papasakoti chirurgai.

Deja, tie skrandžio sunkos duomenys daugeliui gydytojų nusveria ne tik diagnozę, bet ir terapiją. Iš tiesų, atrodo paprasta ir loginga — pridėti skrandžiui, ko trūksta virškinimui, ir sumažinti, ko ten yra perdaug, tariant, duoti druskarūgštės, jeigu jos trūksta, ar šarmų, jeigu rūgšties per daug. Bet nereikia manyti, kad skrandis yra kaž-kokia retorta ar kolba, pripildyta tam tikro chėminio junginio; atvirkščiai, skrandis — be galo jautrus, surištas galybe jungių su nervų sistėma, krauju ir dauguma kitų organų. Skrandį veikia ne tiktai para- ir simpatinė nervų sistėma, bet jisai turi ir savo autonomišką nervų sistėmą, Auerbach'iškį sanpynį, kurio dėka skrandis gali reaguoti įvairius tiesioginius ir netiesioginius paveikimus. Menki būtų gydymo vaisiai, jei gydytojas sunkos analizę vertintų, nelyginant šeimininkė viralą: girdi, paragavom, o dabar — ko trūksta pridėsim, jei ko perdaug — atskiesim... Iš praktikos žinome, kad labai dažnai ligoniai, kuriems nėra ar mažai tėra rūgšties, dar labiau paliegsta, ėmę vartoti druskarūgštės; atvirkščiai, nors tatai atrodo paradoksalu, bet gavę šarmų tokie ligoniai jaučiasi sveiki; ir tatai visiškai išaiškinama anacidiškais ar net skrandžio vėžio atvejais: kai gleivinė išpampusi, kai esama žaizdelių, plyšelių, — staiga iš oro įpiltoji druskarūgštė degina, sukelia skausmo; atvirkščiai, šarmai, neutralizuodami visas skrandyje atsiradusias antrininkes rūgštis (pieno, sviesto ir kt.), o iš dalies ir tirpindami gleives, veikia išganingai ir tokių ligonių savijauta neišpasakytai pagerėja. Aš tuo įsitikinau, per daugelį metų skirdamas šarmus anacidiškų ir subacidiškų skrandžių skausmams tildyti, visuomet gan sėkmingai. Pastarajame virškinamojo trakto gydytojų specialistų suvažiavime Berlyne tos pat nuomonės buvo ir P o r g e s (Viena).

Paprastai gydytojai, ištyrę skrandžio sunką, nerūgštingų ir mažarūgščių skrandžių ligoniams smarkiai aprėžia riebalų ir net sviesto vartojimą, žinodami, kad sviestas stabdo sekreciją. Tačiau čia smarkiai klystama: jeigu skrandžio būklė jau tokia, jog gleivinė visiškai nebegamina rūgščių, net uždavus histamino (kaip žinome, visų smarkiausio sunkavario vaisto), tai netenka gąstauti dėl tariamo sekrecijos stabdymo; jei rūgščių gamyba sumažėjus,

vargu ar atsvers toksai teoretiškas sekrecijos padidinimas (riebalus uždraudus) tą žalą, kurios bus, atėmus ligoniui tokią svarbią maisto sudaromąją dalį — sviestą. Patologinė fizijologija ir eksperimentas mums sako, kad virškinamame akte skrandžiui tenka anaiptol ne vyriausias vaidmuo. Skrandį galėtume pavadinti prigimtiniu, baltymams skirtu katilu, o anglivandeniams jis paprastai tėra laikinas sanpylas; bemaž tas pat tartina ir apie riebalus. Eksperimentatoriai sako, kad skrandžio nesuvirškinama maž nėkiek riebalų, o jei kokia mažmena ir suvirškinama, tai tik dėka sunkų, patekusių skrandin iš dvylikapirštės žarnos. Net nėsant skrandy nė kiek druskarūgštės, virškinimas dar gali išlikti bemaž normalus: skrandžio funkcijas įsipareigoja žarnos, itin duodenum ir jo fermentai. Iš fizijologijos žinome nemaža tokių eksperimentų su šunimis, kurių itin daug davė Pavlov'o mokykla, bet ir klinika yra mačiusi tokių atsitikimų. Viename pastarųjų „Münch. med. Woch." numerių tilpo Breitenbach'o rašinys: „Stoffwechselversuch nach totaler Magenresektion"; tame rašiny, nurodant ir kitus vienminčius autorius, tvirtinama, kad net visiškai ekstirpavus skrandį, visas maistas rezorbuojamas; vien riebalų susiurbimas kiek atsilieka, bet ir tai fizijologijos ribose.

Kiek kai-kurių gydytojų (ir nuo jų persiduoda publikai) yra tvirtas tikėjimas duomenimis, gautais tiriant skrandžio sunką, kiek tie rūgštingumo skaitmenys sudaro bazę diagnozei, prognozei ir terapijai, teleista bus man papasakoti du atsitikimu iš mano praktikos.

1 atsitikimas. Į mane kreipėsi ligonis, kuris daugelį metų buvo sirgęs tulžies akmenligės priepuoliais. Ligonis — labai nervingas, įtarus ir labai kiršus žmogus. Ištyręs jo skrandžio sunką, radau hypoaciditas (10 laisvos rūgšties ir 22 bendro rūkštingumo). Ligoniui apie gautus tyrimo duomenis nieko nebuvo pasakyta; buvo paskirti jam šarmai, nes ligonis skundėsi smarkiu riemenimi ir kitais dyspeptiškais reiškiniais. Sumažėjęs rūkštingumas čia nevaidino jokio vaidmens, nes jis, kaip taisyklė, būna esant cholecystitis, cholelithiasis ect. Tulžies takų ligose nuo senų senovės skiria šarmus, ypačiai Karlsbado, Vichy, Mergentheim'o ir kt. panašių miner. vandenų pavidalu; be to, tat buvo tiesiog būtina dėl riemens. Kiek vėliau ligonis, susitikęs manę gatvėje, pasisakė jaučiąsis geriau, ir paklausė, ar reikalinga tie pat vaistai pakartoti. Nematydamas jokios žalos, aš patariau jam vaistus pakartoti. Po to, ilgai ligonio man neteko matyti. Po 3—4 mėn. vėl susitikau ligonį gatvėje. Šitą kartą ligonis pradėjo rūgoti ant manęs, kad aš jį pražudęs, paskirdamas jam šarmus vietoj rūgščių. Mat ligonis per tą laiką kreipęsis į kitą gydytoją, kuris, konstatavęs hypoaciditas, „išmintingai" jam išaiškino, kad skrandžio rūgštingumui sumažėjus visada reikią duoti rūgščių ir kad aš bemaž nunuodijęs ligonį, skirdamas jam šarmus, ir tuo būdu amžinai suardęs jo sveikatą. Nustatydamas prieš mane ligonį, gydytojas panaudojo atžarų, gydytojui negarbingą būdą, bet tuo pat parodė savo visišką nežinojimą ir nemokėjimą įvertinti laboratoriškus duomenis.

2 atsitikimas. Moteris, 50 mt., nervinga, įtari. Gydosi pas du vietiniu rimtu ir prityrusiu terapeutu. Kartą įsiveržia ji į mano kabinetą be eilės ir reikalauja tuč tuojau išpompuoti jai skrandį ir „pasakyti jai teisybę, ar ji turi vėžį ar ne". Nuraminus ligonę ir išklausinėjus, paaiškėjo štai kas. Gydą ją gydytojai nesaką jai teisybės ir nepaaiškiną, „kas darosi josios skrandyje". Jinai griebusis gudrumo: nuėjusi į privačią laboratoriją ir paprašiusi padaryti analizę. Gavusi į rankas raštelį su analizės daviniais,

nuėjusi pas kitą gydytoją ir papasakojusi jam, kad ta analizė esanti jos tarnaitės, kuri pas ją gyvenanti 20 metų ir kuri sunkiai serganti. „Pasakykite, kuria liga ji serga“, — paklausė. Gydytojas jai viską paaiškinęs, tiesa, ne viską ji galėjusi suprasti, bet aiškiai atsimėnanti, kad nėsant rūgščių dažniausiai būnąs vėžys. Dabar jau ji savo ligą suprantanti — tuojau važiuosianti į Karaliaučių; bet prieš išvažiuodama dar norėtų pasitarti su specialistu. — Štai ką reiškia laisvas paleidimas į apyvartą analizių duomenų! Sapienti sat!

Iš skrandžio fermentų tarpo vyriausias vaidmuo tenka pepsinui. Tačiau net pepsino kiekio susekimas skrandžio sunką tiriant neturi svarbos; įrodyta, kad skrandis pepsiną gamina lygiagreta druskarūgštės, ir jeigu pastarosios sunkoje aptikome ganėtinai, tai galime ramia sąžine nebedaryti sudėtingos pepsino analizės, tuo nė kiek nepakendami diagnozei.

Pieno rūgšties būna (bet gali ir nebūti) tiktai neturinčioj rūgščių skrandžio sunkoj, o niekuomet jos nebūna rūgštingojoj; todėl, jei rūgštingumas normalus, arba jei yra hyperaciditas, analizės protokole nė nebežymima, kad pieno rūgšties nesusekta, nes tatai būtų ne tiktai tušti žodžiai, bet ir tam tikras testimonium paupertatis protokolą pasirašiusiam laborantui.

Senieji autoriai teigiamą reakciją, susekus pieno rūgšties skrandžio sunkoje, laikydavo vienu iš svarbiausiųjų skrandžio vėžio symptomų. Tačiau vėliau šita nuomonė pakitėjo, kadangi daugybėj atvejų, kur skrandžio sunkoj būdavo susekta pieno rūgšties, vėžio vis dėlto nebūdavo; man pačiam yra tekę matyti daug tokių atsitikimų. Todėl vėlesnis pieno rūgšties susekimo vertinimas jau nebelaiko tos rūgšties būvimą tiesioginiu skrandžio vėžio symptomu, nors tatai ir labai galima; vis dėlto anacidiško skrandžio atvejais šita reakcija privaloma.

Mikroskopiškas skrandžio sunkos nuosėdų ištyrimas retai teturi svarbos diagnozei; dažniau tasai ištyrimas tėra chemiškojo sunkos ištyrimo priedas, kad protokolas būtų smulkesnis ir tikslesnis. Šiek tiek mielinių grybelių ir pavieniai leukocitai — štai kas sudaro normalų skrandžio sunkos nuosėdų mikroskopišką vaizdą. Leukocitų kiekis padaugėja, esant skrandžio vėžiui ar retai pasitaikantiems flegmoniškiems gastritams; jei mielių grybelių būtų didelė daugybė, reiktų įtarti skrandžio turinio stagnacija.

Tačiau miskroskopiškas nuosėdų ištyrimas įgauna didelės vertės, jei sunka paimta iš ligonio ant tuščios. Stagnacijos pažymiai dažnai esti ryškesni, vaizdesni, jei sunkos paima iš nevalgiusio, o vaizdas juo aiškesnis, juo labiau įsisenėjęs nepralaidumas. Mikroskopiškas sunkos nuosėdų vaizdas gali suteikti kai-kurių nurodymų į nepralaidumą jau pradinėj proceso stadijoj.

Sarcinų dažniausiai aptinkame esant nepiktybinei pylorus'o stenozei ar skrandžio turinio stagnacijai, kai skrandis rūgštingas. B o a s - O p p l e r'io bacilų randame kuone išimtinai tik skrandžio stagnacijos atveju, nesant druskarūgštės; todėl, jei rūgštin-

gumas normalus, protokole net nežymina, kad Boas-Oppler'io bacilų nesusekta. Ligonis reikia atatinkamai iš vakaro paruošti, davus jam tam tikro maisto, o iš ryto atlikti šita procedūra.

Ta proga dar keli žodžiai apie skrandžio sunkos išsiurbimą ligoniui nevalgius, nes be tam tikro paruošimo tatai būtų betikslė procedūra, bereikalingas ligonio kankinimas. Iš vakaro, 7—8 valandą, ligoniui duoda 200—250 gr. pieniškų ryžių (sriubon dar prideda 1—1$^1/_2$ arbatinio šaukštelio cinamono), sviestu užteptą bandelę ir bet-kurio gėralo. Lygiai 12 valandų išėjus ima skrandžio sunkos; jei nepavyktų nieko išsiurbti, patariama išskalauti skrandį 500 gr. vandens. Normalus skrandis, mikroskopiškai tiriamas, nebeturi jokių maisto liekanų; jej skrandžio evakuojamoji galia sumenkėjusi, tai, pareinamai nuo ligos laipsnio, maisto liekanų jau randame, tirdami makroskopiškai ar mikroskopiškai, įlašinus kiek jodo, pastebime melsvai nusidažiusius grūdelius, kurie tikriausiai įrodo, kad skrandis tuštėja palėtintai.

Tokie yra bendrieji bruožai skrandžio ir žarnų trakto funkcinės diagnostikos ir pačių tyrimo būdų; dabar prašau leidžiamas padaryti kelias išvadas, kurios suglaustų visa išdėstyta:

1. Kasdieninėj mūsų praktikoj pakanka ištirti storuoju zondu; frakcijonuotasis ištyrimas — klinikos darbas;

2. Skrandžio rūgštingumas dar nėra ganėtinas kriteris diagnozei ir terapijai; antai, achilija pasitaiko ir apendicito, ir cholecistito, ir anėmijos atvejais, o hyperaciditas kartais sutampa su vėžiu;

3. Nustatant dijetetiką ir terapiją, reikia visu platumu atsižvelgti į anamnezės, bendrojo status'o ir visus kitus duomenis gautus iš laboratorijos, rentgeno ir itin klinikos, reikia individualizuoti kiekvienas atskiras atvejis, vadovaujantis savo paties patyrimu ir ligonio stebėjimais.

Išmatos.

Funkcinei virškinamojo trakto diagnostikai išmatų ištyrimas turi nemenkos reikšmės; be to, šitas ištyrimas labai nepainus atlikti, net aprėžtomis laboratorijos priemonėmis.

Tikrai sakant, išmatų analizę sudaro 2 dalys: 1) susekimas išmatų priemaišos, patekusios iš virškinamojo trakto sienelių, kaip antai: kraujo, pūlių, gleivių ir kt.; 2) susekimas priemaišų, kilusių iš maisto, papildomai ištiriant žarnų parazitus, patenkančius ten dažniausiai drauge su maistu.

Kraujo susekimas išmatose, tikriau, slapto kraujoplūdžio (occulte Blutungen) susekimas — labai reikšmingas, kadangi praktikoje jam tenka vyraujamas vaidmuo ulcus ventriculi ir ypatingai karcinomos diagnozės atvejais.

Ištisa eilė nūdienių klinikininkų ir chirurgų nuolatinį išmatų kraujuotumą per tam tikrą laikotarpį laiko tikriausiu ir suvere-

nišku skrandžio-žarnų trakto karcinomos symptomu. Nenorėčiau įkyrėti statistika ir autorių ištraukomis, bet vis dėlto sakytajam dėsniui paremti patieksiu kiek duomenų. Chirurginėj Anschütz'o klinikoj kraujo rasta išmatose operuotų ligonių, sirgusių virškinamojo trakto vėžiu, net 94,1 % visų atsitikimų; Boas šitą skaitmenį pakelia iki 95,5 %, Ruetmeyer'is — 100 %, Kempė — 88 %. Palyginant išmatų kraujuotumo symptomą su kitais vėžio symptomais, jam tenka pirmoji vieta. Šitą sugretinimą paimu iš Boas'o knygos, sekdamas Zoepritz'ą:

Kraujas išmatose	94,55 %
Suliesėjimas	90,0 %
Anaciditas	90,0 %
Salomoniškis bandymas	83,72 %
Pieno rūgštis	67,29 %
Ilgieji bacillai	64,35 %
Tumor, apčiuopiamas.	63,63 %

Pasirėmęs šitokiais duomenimis, v. Bergmannas suformulavo šį dėsnį: jei tirdami kasdien tobuliu metodu per 4—8 dienas išmatose nesusekame kraujo, skrandžio karcinomos nėra.

Visiškai kitaip yra ulcus ventriculi ir duodeni atvejais. Tokių ulcera, kurie nuolat kraujuotų, labai retai pasitaiko (žinoma, jei ulcus atatinkamai gydomas). Todėl, neradę išmatose kraujo, dar neturime teisės atmesti ulcuso diagnozę. Labai dažnai tenka matyti typingų ulcus'ų, kur anamnezė ir visi duomenys, įskaitant ir rentgeno ištyrimą, aiškiausiai sako esant ulcus'ą, o išmatose kraujo tikriausiai nėra; atvirkščiai, dažnai išmatose susekame kraujo, bet visas ulcus'o symptomų kompleksas be galo neryškus, o kai kurių symptomų ir visai trūksta. Tuo aš visiškai nenoriu pasakyti, kad ulcus'ui išaiškinti kraujo susekimas išmatose neturi reikšmės; atvirkščiai, jo reikšmė didelė ir toksai ištyrimas būtinas, nes kraujo aptikę būname tikri dėl diagnozės; tačiau žinotina, kad ir neigiamas rezultatas dar nepašalina ulcus'o galimumo.

Ta proga pažymėsiu, kad kraujo išmatose dar pasitaiko kepenimis sergant: daug ir dažniausiai cirrozės, o rečiau bei mažiau — cholelithiasisto ir cholecistito atvejais. Bet šitų kraujoplūdžių nebeliesiu, nes nukrypčiau iš tėmos ribų.

Dar keliais žodžiais nupiešiu pačią metodiką, tiriant išmatas kraujui susekti. Nūdienėj praktikoj labiausiai vartojami šiuodu bandiniu: vadinamasai benzidinas (Gregersen'o) ir chloral-alkohol-guajakas (Boas'o). Abu tuodu bandiniu labai populiarūs, visų pripažinti, nes bemaž visuomet teikia tikrų rezultatų. Vadinamoji Veber'io reakcija, mūsų laboratorijose itin pamėgtoji, yra permažai jautri ir nieku būdu netinka būti kriterium, ieškant išmatose kraujo. Čia pravers pastaba, kad anie chemiškieji kraujo bandiniai (benzidinas, guajakas, aloinas ir kt.) visiškai nėra specifinės reakcijos kraujui susekti, o tiktai gaivinimo

reakcijos, kur kraujui tenka vien tarpininko vaidmuo, perduodant deguonį. Tų bandymų principas (pavyzdžiui, guajako ar benzidino su vandenilio dvideginiu) yra toksai: kraujas atima deguonį iš vandenilio dvideginio ir tuo deguoniu parūgština dažomas medžiagas — benzidiną ar guajaką, dėliai ko išmatos nusidažo: pirmuoju atveju — mėlyna, o antruoju — žalia ar melsvai žalsva spalva. Iš tos trumputės pastabos aiškėja, kad nėra skirtumo, kas vartoti: benzidinas ar guajakas. Svarbu vien darbo kruopštumas, tikras rezultato įvertinimas ir, suprantama, tam tikra patirtis, įpratimas.

Susekti išmatose priemaišos, kilusios iš maisto, jau kiek painiau; vis dėlto ir šitie tiriamieji metodai tiek paprasti, kad jie galima atlikti pačioj primityvėj laboratorijoj. Ištyrimo smulkmenų neminėsiu, bet norėčiau pažymėti vieną principą, labai svarbų gydytojui praktikui. Būtų labai nepagrįsta, net klaidinga, spręsti apie maisto pasisavinimą vien iš mikroskopiško išmatų vaizdo, jeigu iš anksto, per kelias dienas, tam tikra dieta nebuvome paruošę ligonį tokiai analizei (deja, mūsų laboratorijose to visiškai nedaro). Mikroskopiškas išmatų vaizdas pareina ne vien tik nuo ligonio žarnų virškinamosios galios, bet ir nuo suvalgyto maisto kiekio, maisto sudėties ir pagaminimo būdo. Pasižvalgę bet kieno mūsų išmatų mikroskopiškame vaizde, tikriausiai nustebtume, pamatę tiek daug nesuvirškintų maisto dalių (raumenų plaušų, jungiamųjų audinių, augmenų ląstelių, riebiųjų rūgščių kristalų ir t. t.); tuo tarpu, daugumas mūsų — sveiki žmonės, kurių žarnos netenka įtarti ligotumu. Taigi, iš mikroskopiškojo išmatų vaizdo apie bet kurią žarnų insuficenciją, apie diagnozę galima spręsti tiktai tuo atveju, jeigu ligonis prieš tiriant jo išmatas 3—4 dienas išlaikė Schmidt-Strasburger'io dijėtą; pastarosios yra tasai principas, kad ligonį per 3 dienas peni tokiu maistu, kuris sveiko žmogaus išmatų mikroskopišką vaizdą padaro beformiu detritu, be jokių pažymių nesuvirškinto maisto liekanų.

Vien tokį metodą taikant, išmatų ištyrimas turi tikros reikšmės diagnostikai; atvirkščiu atveju analizė tiek tėra verta, kiek sumokėta laboratorijai už jos darbą.

Rentgenas.

Labai dažnai skrandžio-žarnų trakto rentgenoskopiją gydytojai nupeikia: „diagnozei išaiškinti rentgenas absoliučiai nieko nedavė“, „rentgenas suklaidino, pastūmėjo į klaidingą diagnozę“. Tačiau, jei gerai išsiaiškintume kiekvieną tokį atsitikimą, pamatytume, kad čia tikrai nepagrįsti priekaištai, labai neteisingi. Klydo ne rentgenas, bet pats gydytojas, nes arba jisai perdaug reikalavo iš rentgeno, arba jisai nesugebėjo pakankamai išnaudoti ir įvertinti tų duomenų, kurių buvo patiekusi rentgenoskopija. Kas netiksliai supranta rentgenoskopijos vaidmenį skrandžio ir

žarnų diagnostikoj, kas iš rentgenoskopijos reikalauja jau paruoštos diagnozės, tas visuomet bus apviltas, nuskriaustas.

Virškinamojo trakto rentgenoskopija toli gražu nėra tokia visažinanti, kaip kad tūlam klaidingai atrodo: girdi, padarysiu nuotrauką — ir visa paaiškės. Atvirkščiai, nepaisant plačių galimumų, kurių rentgenas turi diagnozei aiškinti, nepaisant net to, kad kai kuriais atvejais rentgenoskopija yra savotiškoji anatomia animata, vis dėlto kartais jinai yra bejėgė, nesugebanti duoti nei kokio atramos taško nei vedančio siūlo diagnozei išaiškinti. Mat, turėkime galvoje, kad rentgenologija, tam tikra prasme, yrvien šešėlių mokslas. Tiriant skrandžio ir žarnų traktą, rentgeanas perstato vien šešėlėtąją projekciją bario substancijos, kuria pripildyti skrandis ir žarnos; rentgenas paaiškina mums bendrąjį varomąjį procesą, o esant tam tikrai technikai — net parodo skrandžio gleivinės reljefą; tačiau virškinamojo proceso esmė, visos jojo fizinės ir chėminės smulkmenos, visa tatai išnyksta, užmaskuojama rentgeno siluetų šešėlyje. Todėl rentgenoskopija reikia laikyti tik viena funkcionalės diagnostikos grandimi, tik vienu dėmeniu bendros ištyrimo sumos.

Šitaip žvelgdami į rentgenoskopiją, suprasdami, ko iš jos galima reikalauti, ir pramokę teisingai įvertinti gautuosius duomenis, mes tikrai savo darbe rentgenoskopijai užleisime pridera̧mą vietą, nes be rentgenologiško ištyrimo nė vienas skrandžio ir žarnų trakto tyrinėjimas negalima laikyti užbaigtu, galutinu.

Dėka rentgeno technikos pažangos, pastaruoju metu ulcus'o ir karcinomos diagnostikoj, rentgenoskopijos metodas laimėjo pirmą vietą. Rentgenologiškieji ulcus'o symptomai skirstomi tiesioginiais ir netiesioginiais. Pirmųjų tarpe visų svarbiausias — nišos symptomas (Nischensymptom), kuris atsiranda dėl to, kad kontrastinis bario preparatas patenka opos įdubiman, kurį užsitūrėdamas kiek patempia (analogingai trūkiui) ir, pareinamai nuo jo dydžio, toksai divertikulis ryškiai skiriasi nuo skrandžio šešėlio ribos. Typingoji nišos vieta — vidurinis mažojo kreivumo trečdalis, kur dažniausiai lokalizuojasi skrandžio opos. Rentgenologiškai susekti ulcus callosum, t. y. niša juo sunkiau, juo labiau ulcus atokęs nuo kreivumų; todėl susekti opa pryšakinėj ar užpakalinėj skrandžio sienelėj rentgenologui visuomet keblu, o dažnai ir visai nepavyksta. Nevisuomet pavyksta susekti niša ligoniui stovint, itin jei ulcus lokalizavęsis viršutinėse skrandžio dalyse arba in parte pylorica; tokiais atvejais patartina ištirti ligonis jam gulint pilvu žemyn (tatai itin reikšminga ektatiškiems skrandžiams, nes stovint baris nekaip pripildo viršutinius skrandžio skyrius). Niša — sako Bergmann'as — tai tiksliai išlieta opos angos forma. Suprantama, kad niša tegali susidaryti ulcus callosi atveju, kai opa yra įsiskverbusi sienelėn ir apardžiusi ne tiktai mukozę bei submukozę, bet kartais ir raumenų sluogsnį ar net serozę, virsdama ulcus penetrans, prasiskverbdama į gretimus organus, prieš tai su jais sulipusi. Rentgenologiškai du-

burys ulcus penetrans atveju artimas grybo pavidalui, gi ulcus callosum — pūpsomai sienelei, be to, ulcus panetrans atveju duburys, aukščiau kontrastiško preparato, matomas nedidelio oro burbulas.

Ulcus'o atveju rentgenas pagalbus ne vien diagnozei, — jis padeda kontroliuoti ir paties gydymo sėkmę; tam tikrais laiko protarpiais galime patys regėti, kaip niša gydoma mąžta ar visiškai išnyksta. Literatūroj netrūksta tokių aprašymų, ir jeigu seniau kalozinį ulcus'ą vadindavo ulcus chirurgicum, tuo pabrėždami, kad toksai ulcus nesileidžia gydomas ir tenka operuoti, — aišku, kad dabar ulcus nebeteko to nepelnyto epiteto. Kitoniškai esti ulcus simplicis atveju: čia rentgenas bemaž niekuomet nesuteikia tiesioginių duomenų, ir tenka pasitenkinti netiesioginiais symptomais. Mat, ulcus simplex skrandžio sienelės gilumon nesiskverbia, kraterio nesudaro, tepadarydamas plokštų substancijos defektą. Svarbiausieji netiesioginiai pažymiai čia yra tokie:

1. Skaudamas taškas guli skrandžio šešėly ir lieka pastovioj vietoj, skrandžiui visaip persistumiant.

2. Sumažėja mažasai skrandžio kreivumas ilguoju skersmeniu. Angulus atbunka, kampo kontūrai nyksta.

3. Didžiajame kreivume matome spazmišką įgubą, lyg ir parodančią opą mažajame kreivume. Tarp kitko, tokia opa gali sukelti spazmų gan atokusioj vietoj (Fernspasmen) ir geba maskuoti žarnų nepralaidumą, appendicitis ir t. t.

4. Skrandžio varomoji galia nusilpus; po 4—6 valandų dar būna daug liekanų.

Tokių netiesioginių symptomų yra dar daug kitų, bet aš jų neliesiu; tačiau ir suminėtieji symptomai pasitaiko visiškai kitų skrandžio ligų atvejais, todėl anaiptol negalime juos laikyti pastoviais ir patikimais apvaliosios opos pažymiais.

Dabar aš tyčiomis praleidžiu klausimus apie skrandį smėlio laikrodžio pavidalo ir jojo diferencialę diagnostiką, apie daugybines opas, apie pylorus'o stenozę, apie ulcus duodeni, nes šie klausimai per toli mus nuvestų; verčiau pasvarstykime skrandžio vėžio rentgenodiagnostiką.

Visų pirma patieksiu keletą premisių patologiškai-anatomiško pobūdžio. Pradinė karcinoma paprastai kyla iš mukozės paviršiaus; toliau besiplėsdama, jinai palaipsniui infiltruoja skrandžio sienelių sluogsnius ir, laikui slenkant, pasiekia serozę. Jau viena toji aplinkybė, kad vėžys kyla gleivinės paviršiuj, a priori nurodo, kad rentgenoskopijos vaidmuo ankstybosios vėžio stadijos diagnostikoj visai nežymus.

Čia dar pažymėsim, kad paprastai ligonis kreipiasi į gydytoją jau vėlesnėj vėžio raidos stadijoj, kai ima nebesitverti skausmu. Juk pradžioje liga jam nesukelia jokių nesmagumų, bendroji savijauta bemaž nepakitėjus, žodžiu — ligonis dar nejaučia reikalo šauktis gydytojo. Todėl dažniausiai, kai ligonis jau kreipiasi į mus, jojo ligos tokia stadija, jog rentgeno ištyri-

mas, lydimas visų kitų kliniškų duomenų, jau leidžia pažinti ligą. Vyriausieji rentgeno logiški vėžio symptoma yra šie trys: pripildymo defektas (Füllungsdefekit) — tumor'o sukeliamas, sienelių nejudrumas dėl infiltracijos ir, trečia, sekundaris susiraukšlėjimas, dėl kurio sumažėja organas. Apie karcinomos pobūdį galime spręsti esant meduliarėms, cilindroepitelialėms ir adeno-karcinomoms, tuo tarpu kai scirrhus sukelia sienelių infiltraciją ir po to organo susiraukšlėjimą. Žinoma, pasitaiko ir mišriųjų formų. Rentgenodiagnostika svarbiausiuoju symptomu laiko prisipildymo defektą; taip vadina šešėlio defektą, kuris atsiranda dėl tumor'o, įaugusio skrandžio vidun ir neleidžiančio tyrei pripildyti tą vietą. Iš pripildymo defekto galime spręsti ne tik apie patinimo dydį bei formą, bet šiek tiek ir apie patologo-anatomišką auglio pobūdį. Tačiau šito pripildymo defekto anaiptol negalima laikyti lyg ir kokiu anatomišku preparatu, nes ir bet koks kitoniškas skrandžio pakitimas, esant tam tikroms sąlygoms, gali sukelti panašų pripildymo defektą, būtent:

1) Gretimieji organai. Tokį skrandžio šešėlio defektą gali padaryti padidėjusi bei judrioji blužnis ir kepenys, suteikdami skrandžio siluetui būdingų įdubimų; taip pat colon descendens, pripildytas dujų ar išmatų, gali pridengti dalį skrandžio šešėlio, arba gali nustumti jo turinį ir maskuoti skrandžio karcinomą.

2) Ekstraventikuliariai augliai. Tumor pancreatis arba tulžies pūslės tumor gali maskuoti partis pyloricae pripildymo defektą.

3) Įsisenėję chroniškieji perigastritai taip pat duoda vaizdą, tartum būtų pripildymo defektas.

4) Gastrospasmus (gryno nervų pobūdžio), esant neurasthenia, hysteria, tabes irgi padaro įdubų ir išgubų, susiaurina skrandžio vidų, teikdami tariamo pagrindo skrandžio karcinomos diagnozei.

Matome, kad pripildymo defektas tikrai teikia svarbių duomenų karcinomos diagnozei aiškinti, bet atminkime, kad vienu rentgeno ištyrimu nei diagnozės nei terapijos pagrįsti negalima. Tiesa, prityręs gydytojas rentgenologas gal ir geba, pasirėmęs vien typingais rentgenologiškais vaizdais, be jokių kitų ištyrimų, įspėti diagnozę karcinomos, pylorus'o stenozės, ulcus penetr. ir pan.; bet ir tasai prityręs gydytojas privalo atminti, kad čia susiduriam su šviesos ir šešėlių žaismu, o todėl pats typingiausias patologinis vaizdas kartais gali būti sukombinuotas visai kitais keliais ir gali mus tik suklaidinti.

Rentgenologiškas scirrhus'o vaizdas žymiai kitoks, negu kad aprašytoji karcinomos tumor'o forma. Patologo-anatomiškas scirrhus'o procesas, kaip jau minėta, pasireiškia sienelės infiltracija bei vėlesniu organo susiraukšlėjimu — ir kaip tik visi apkitimai puikiai atvaizduojami rentgenologiškai: infiltracija padaro sienelę nejudrią, sustyrusią ir paprastai apvalius skrandžio konturus ištempia, ištiesina. Kitas tiek ryškus rentgenologiškas vaizdas labai retas, kaip kad įsigalėjusio scirrhus'o totalis

vaizdas. Visas skrandis nuo cardia iki pylorus nuotraukoje atrodo kaip koks siauras, sustyręs vamzdis, įvairiausių, kartais, keistokų formų. Skrandis smarkiai pasitempęs aukštyn, kartais net tiek, jog jis visas guli po kairiuoju pašonkauliu lanku. Stebina visiškoji peristaltinė rimtis ir ūmas ištuštėjimas. Vaizdas tiek būdingas, kad porą kartų jį matę iš karto pažinsime scirrhus'o totalis atvejus. Sunkiau pažinti ta liga ankstybojoj stadijoj, nes patys kardinaliai jos simptomai (organo sumažėjimas, didžiojo kreivumo aukšta padėtis, ištiesintas šešėlis) pasitaiko ir kitokių ligotumų atvejais, kaip antai: suaugimų, ekstraventikularių naujikų kompresijų, spazmų ir t. t. Be to, apie faktiškąjį skrandžio vidaus sumažėjimą spręsti sunku, nes ekrane neturime nustatyto kieto mastelio skrandžio kontūro didumui susekti.

Atsiminę, kad scirrhus'o atveju palpacija dažniausiai nieko nepasako, kas nesti nė maisto retencijos reiškinio (jei scirrhus guli ne pylorus'o dalyje), suprasime, kokios reikšmės turi rentgenoskopija, kuri dažnai čia praskleidžia mums paslapties uždangą, išaiškina nesuprantama ir patiekia aiškią diagnozę, žinoma, bendradarbiaudama su klinikiškais duomenimis.

Dar keletas žodžių apie gastroptozę. Pasitaiko, kad vien iš rentgenologiško vaizdo, kur skrandis mažiau ar daugiau nusmukęs, jau sprendžia gastroptozės diagnozę; tuo pasitenkina, pritaikindami tokiai diagnozei ir terapiją — ortopedišką, medikamentišką bei dijetišką. Tikrai, čia kartais esama klaidos: juk gastroptozė gali būti ir pavieniu astheniae universalis reiškiniu (tatai bus konstitucionalės gastroptozės), juk skrandis esti nusmukęs ir gimdžiusių moterų (dėl skrandžio jungių nusilpimo) — ir tie visi reiškiniai ligonių nė kiek nevargina, jų skrandis gali puikiai funkcijonuoti. Ligonis apie savo gastroptozę patiria tik iš rentgenologo, ir šita žinia dažnai jam padaro žalos, išvystydama tam tikros gastrofobijos. Ir atvirkščiai, dažnai, pasitenkindami paviršutiniška gastroptozės diagnoze, galime pražiopsoti ulcus'o ar kitą kurį organišką ligotumą, tuo pakenkdami ir ligoniui, ir sau; todėl šita diagnozė priimtina tik tais atvejais, kuomet nei klinika nei kiti rentgeno symptomai, atsidėjus tiriant, nenušviečia jokios kitos organiškos ligos.

Dabar dėl nuotraukų—fotografijų. Bendrai paėmus, visiškai pakanka prašvietimo, kadangi jisai teikia mums smulkų skrandžio ir žarnų veikimo vaizdą, dargi kinematografiško pobūdžio, tuo tarpu kai nuotrauka teparodo mums vieną momentą, vieną fazę. Nuotrauka tuomet teturi reikšmės, jei svarbu ramiai, nuosekliai ištirti tam tikra patologiška organo vieta. Peršvietimas dažnai esti subjektyvus, o nuotrauka visuomet objektyvi, ypatingai nuotrauka serijomis. Daugumas gydytojų sako, kad filmų ar plokštelių nedera gailėti; bet tatai leistina valstybinėse ar viešose klinikose, itin mokymo reikalui, o asmeniškoj praktikoj galvojama kitaip: plokštelės brangios, ligonis apkrauti nedera,

todėl nuotrauka darytina tik tais atvejais, kur tikrai jos esame reikalingi.

Štai bendri bruožai, pavieniai eskizai skrandžio rentgenoskopijos ir jos duomenų įvertinimo. Kolegos! Tiek gyvenime, tiek ir mūsų darbe esama dalykų ir reiškinių, kuriuos, tiesą pasakius, visi pažįstame, bet kurie labai dažnai praslysta nepastebėti; kartais tereikia menko impulso, kad mes jais susidomėtume, juos įvertintume. Ir mano pranešimo tikslas nebuvo skleisti kokias naujas medicinos tiesas ar skelbti laimėjimus, bet tik atkreipti Jūsų dėmesį į visų žinomus dalykus, pasisakyti, kaip reikia įvertinti laboratorijos ir rentgeno duomenys mūsų praktikoje. Mano mokytojas, Charkovo prof. Pževalskis sakydavo, kad žodis — tai vėjas minties malūnui; taigi, jei mano žodžiai Jums įstrigo, šito pranešimo tikslas pasiektas.

Dr. Vladas Kairiūkštis.

Kai-kurios plaučių tuberkuliozės savybės miesto ir kaimo gyventojams.

Plaučių tuberkuliozės apsikrėtimo teorijos pastebėtų faktų šviesoje. Plaučių ligų lokalizacijos dėsningumas apskritai*).

Jei žmogus suserga kuria-nors plaučių liga, kuri lokalizuojasi dešiniojoj ar kairiojoj pusėj, viršutinėse, vidurinėse ar žemutinėse plaučių dalyse, — šitai nėra pripuolamas dalykas: liga priklauso griežtų dėsnių.

Nevienodos miesto ir kaimo gyventojų būties sąlygos tam tikru būdu daro įtakos ir plaučių susirgimų reiškiniams. Kai-kurioms tuberkuliozės formoms šita įtaka jau yra išrodyta — antai, žymi lupus atsitikimų dauguma tenka kaimiečiams. Netenka abejoti, kad miesto ir kaimo gyventojų plaučių tuberkuliozė turi savo ypatingumų.

„Zeitschrift für Turberkulose“ laikraštyje (Bd. 42, H. 6 ir Bd. 43. H. 5) aš jau esu nurodęs kai-kurias šitų savybių. Anuomet mano surinktieji duomenys telietė per 300 plaučių tuberkuliozės atvejų, ir todėl gal dar nebuvo pakankamai įtikinami. Nūdien, turėdamas žymiai daugiau savo medžiagos (1155 plaučių tuberkuliozės atvejus) ir, be to, dar kitų gydytojų surinktos medžiagos, drįstu primygtinai nurodyti tam tikrus faktus, į kuriuos iki šiol nebuvo kreipiama tinkamo dėmesio, bet kurie gal kiek padės labiau ir geriau išaiškinti plaučių tuberkuliozės patologiją, resp. plaučių tuberkuliozės apkrečiamus kelius.

---

*) Šitas darbas mažais pakeitimais yra tilpęs „Zeitschrift für Tuberkulose“ 1929, Bd. 54, H 5.

Jau seniai yra žinomas faktas, kad dešinioji plaučių pusė dažniau suserga tuberkulioze už kairiąją; šitą faktą patvirtina gausingi skaitmenų duomenys (M o s s e). Kodėl plaučių tuberkulioze dažniau suserga kaip tiktai dešinieji plaučiai — tatai aiškinama visaip. Štai vienas tų aiškinimų:

„Tasai faktas, kad į dešiniuosius plaučius, apskritai, dažniau įsimeta infekcinės ligos, pareina nuo to, kad dešinysis didysis bronchas yra kiek talpesnis už kairįjį ir jojo yra mažesnis, žemyn nukreiptas išsišakojimo kampas. Dėl šitų priežasčių — jų broncho didesnio platumo ir statesnio išsišakojimo nuo trachėjos — dešinieji plaučiai yra labiau linkę inhaliuoti svetimkūnius ir bacillus. Tuo aiškinamas faktas, kad jeigu pirmykštis ligos židinys neturi tam tikros, sau palankios vietos, plėstis, tai tretinė plaučių tuberkuliozė, kiek ji pareina nuo įkvėpavimo, labiau paliečia dešiniąją pusę negu kairiąją“. (B a c m e i s t e r).

Tačiau anatominės dešiniojo broncho savybės nėra vienintelė priežastis infekcijai, resp. tuberkuliozei, lokalizuotis itin dešiniuosiuose plaučiuose. Matyti, infekcija pasireiškia dešiniuosiuose plaučiuose dažniau ir hėmatogenišku keliu. Ramus dexter art. pulmonalis yra kiek platesnis ir ilgesnis už ramus sinister (R a u b e r - K o p s c h'o cit.). Galimas dalykas, kad kampas, kurį sudaro ramus dext. art. pulmon. ašis su art. pulm., yra mažesnis už ramus sin. kampą. Pasirėmus P o i s e n i l l e - J a k o b s o h n'o etc. formulėmis, gal būtų galima apskaičiuoti skysčio, resp. kraujo, tekančio art. pulm. dex. et sin., srovių greitumo skirtumas. Čia net minimalus skirtumas gali turėti reikšmės. Kraujo srovė kairiojoj art. pulm. yra kiek silpnesnė dėl mygančio iš viršaus aortos lanko. Šiaip ar taip, klinika rodo, kad embolai, resp. infarktai paprastai į dešiniuosius plaučius patenka per ramus dext. art. pulm. Turėdami galvoj, kad labai daug pneumonijos ir pleuritų atsitikimų yra, be abejojimo, embolinės kilmės — vargiai ar galime neigti ram. dextr. art. pulm. anatominių savybių reikšmę infekcijai, resp. tuberkuliozei, jei bacillai pakliūva į dešiniąją širdį

Be anatominių dešiniojo broncho ir dešiniosios plaučių arterijos savybių, nuo kurių pareina susirgimas, itin dešiniųjų plaučių, kai-kurie autoriai pripažįsta dar kitas vietinio pobūdžio priežastis, dėl kurių infekcija lokalizuojasi dažniau dešiniojoj pusėj; pavyzdžiui, viršūnių susiaurėjimas ir nepakankama jų ventiliacija ypatingai pasireiškia dešiniojoj plaučių pusėj (K a u f m a n n'o cit.). Šiaip ar taip, duomenys, kurie liečia plaučių tuberkuliozės (tretinės jos formos) lokalizaciją, be abejojimo, miestelėnams ir kaimiečiams yra skirtingi.

Dažnesnis dešiniųjų plaučių susirgimas tuberkulioze, palyginus kairiųjų plaučių susirgimus, itin pastebimas miestelėnuose — būtent, mano duomenimis santykiu 3:2. Šitas skirtumas kaimo gyventojams išsilygina: kaimiečiai dešiniųjų plaučių džiova serga ne ką dažniau, kaip kairiųjų, ir ypatingo palinkimo vienos kurios plaučių pusės

susirgimui juose mažiau pastebime (šituo netvirtiname, kad kairieji kaimiečio plaučiai suserga dažniau negu jojo dešinieji; mes tik sakome, kad kairieji kaimiečio plaučiai tuberkulioze serga dažniau už kairiuosius miestelėno plaučius). Bendrai, kaip matome iš žemiau patiektos lentelės, šitą reiškinį patvirtina taip pat ir kitų gydytojų duomenys.

Kieno duomenys	Miestelėnai					Kaimiečiai				
	Paliesta tiktai viena plaučių pusė:		Paliesti abeji plaučiai, bet labiau		Abeji plaučiai vienod. paliesti	Paliesta tiktai viena plaučių pusė:		Paliesti abeji plaučiai, bet labiau		Abeji plaučiai vienod. paliesti
	d.	k.	d.	k		d.	k.	d.	k.	
1. Mano medžiaga—1155 ambul plaučių tuberk. ligoniai	125	80	119	83	103	106	91	156	159	133
2. Kauno Miesto Ligoninės Rentgeno Skyriaus medžiaga — 402 atsitikimai (1925 m.) . . .	11	6	95	78	67	6	9	46	43	41
3. Dr. Mero (Panevėžys) 1923—1925 metų laikotarpyje—547 plaučių džiovos atsitikimai	131	26	—	—	47	171	120	—	—	52

Pastaba. D-ro Mero statistikoj, vegis, įtraukti ir tie atsitikimai, kur viena plaučių pusė paliesta tbc. procesu daugiau negu antra.

Plaučių tuberkuliozės proceso lokalizacijos skirtumas miestelėnuos ir kaimiečiuos, pasižiūrėjus šitų duomenų, taip aiškus, jog bemaž nėra reikalo apskaičiuoti procentinis santykis. Kad tasai skirtumas nėra pripuolamas, matyt iš to, kad rastasai dėsningumas pastebimas ir palyginti mažesniame atsitikimų skaičiuje (50—100—150—200 atsitikimų), o ypatingai iš to, kad jisai susekamas net visiškai skirtingoj atskirų gydytojų medžiagoj. Pagaliau, šitas dėsningumas pasitvirtintų ir tuomet, jei vieną kurį miesto ar kaimo gyventojų plaučių tuberkuliozės symptomą ištirtume šita kryptimi. Geriau tam dėsningumui iliustruoti pasižiūrėkime kavernų lokalizacijos miestelėnuos ir kaimiečiuos.

Kavernos, resp. pneumothorax'ai, apskritai, kaimiečiuos pastebimos dažniau kaip miestelėnuos. Žemiau patiektieji skaitmeniški duomenys yra sudaryti, pasirėmus tiktai auskultatyviais metališkais fenomenais, kurie, antra eile po rentgeno, turi „vadinamiems kavernų symptomams didžiausios reikšmės, nes metališki fenomenai plaučiuose pasitaiko vien tik esant tuštumai" (Bacmeister'io cit.). Ištyrus (pirmą kartą) 510 miestelėnų, sergančių plaučių džiova, metališki fenomenai buvo išgirsti iš visa tiktai 13 atvejų (2,5⁰/₀) — dešiniuosiuose plaučiuose 8, kairiuosiuose 5; ištyrus gi 645 kaimiečius, sergančius plaučių tuberkulioze, metališki fenomenai buvo konstatuoti 44 atvejais (6,4⁰/₀) — dešiniuosiuose plaučiuose 17, kairiuosiuose 23, abejuose 4.

Taigi, ir iš šitų auskultacijos duomenų matome, kad kaimiečiai palyginti dažniau už miestelėnus serga kairiosios plaučių pusės tuberkulioze. Be to, susidaro įspūdžio, kad kairieji plaučiai dažnai serga sunkiau, kaip dešinieji. (Mano duomenimis, cirrotinė plaučių tuberkuliozės forma palyginti dažnesnė miestelėnams, o eksudatyvinė — kaimiečiams; apskritai, susidaro įspūdžio, kad plaučių tuberkuliozės eiga kaimiečiams dažnai būna sunkesnė).

Aukščiau nurodytais tuberkuliozės apsikrėtimo būdais, ypač bronchogenininiu, galima, man rodos, išaiškinti, kodėl miestelėnai dažniau serga dešiniosios plaučių pusės džiova, bet šitai visiškai neišaiškina, kodėl tasai skirtumas kaimiečiams yra aiškiai mažesnis. Čia tenka ieškoti kitų aiškinimų. Pasižiūrėkim, kuriais dar kitais keliais žmogus gali apsikrėsti tuberkulioze.

„Zeitschrift für Tuberkulose" (Bd. 42, H. 6) laikraštyje, aprašydamas kaimiečių būties sąlygas, aš nurodžiau, kad sunku įsivaizduoti, esą, džiovos bacillai nepatenką (ir ne vieną kartą) į burną tiems kaimiečiams, kurie valgo ar miega drauge su džiova sergančiais („massige Neuansteckungen"). Tolimesnieji tuberkuliozės bacillų keliai gali būti įvairūs. Pasak A u f r e c h t'o, tuberkuliozės bacillai iš lauko pro kaklo gleivinę, o ypač pro tonzillas patenką į regionarines liaukas, o iš tenai pro venas į dešiniąją širdį ir į plaučių kraujo ratą". (A m r e i n'o cit.). Tačiau šitoji nuomonė tesusirado mažai šalininkų (H e t s c h). Be kitko, ji neišaiškina, kodėl ypatingas palinkimas susirgti tam tikros plaučių pusės tuberkulioze kaimiečiams konstatuojamas mažesnis. Kaip matėme, pro mažą kraujo apytakos ratą, t. y. pro ramus dexter art. pulm., infekcija patenka dažniausiai į dešiniuosius plaučius.

Anatomiški įvairių autorių tyrinėjimai nepatvirtina ir tos pažiūros, esą, tuberkuliozės bacillai iš lymfinių kaklo indų ir gilesnių cervikalinių liaukų galėtų patekti į krūtinės vidų, būtent, tiesiai į pleuros ar plaučių viršūnes ar į kuriuos gilesnius lymfinius krūtinės mazgus, o iš tenai į plaučius. Aš mėginau ištirti, ar tarp plaučių tuberkuliozės ir lymfinių cervikalinių liaukų tuberkuliozės nėra parallelizmo. Iš 1155 plaučių džiovos atvejų lymfinės kaklo liaukos buvo paliestos tiktai 12-oje atsitikimų. Pasirėmus tokia negausinga medžiaga nebuvo galima pastebėti, kad kaklo liaukos būtų buvusios ypatingai dažnai paliestos iš tos pat pusės, iš kurios yra paliesti plaučiai, — kas lyg ir buvo rasta antrinio balso stygų susirgimo tuberkulioze atžvilgiu (S c h r o e t t e r'is ir kt.). Iš tikrųjų, tokio atatinkamumo ir neturėtų būti. Atskirų atsitikimų analizė rodo, kad cervikalinių liaukų susirgimas tuberkulioze sergantiems plaučių džiova dažnai būna tiktai antrinė liga — kaip kad galima manyti tais atsitikimais, kai lymfinės liaukos suserga kur kas vėliau už plaučius arba kai liaukos tampa paliestos, esant antrinei burnos, nosies ar ryklės gleivinės tuberkuliozei. Pagaliau, aš peržiūrėjau per 100 lymfinių liaukų tuberkuliozės atsitikimų, pasirėmęs Kauno

miesto ligoninės surinktąja medžiaga. Galimas dalykas, kad lymphadenitis tuberc. colli dextra pasitaiko dažniau kaip lymphad. colli sin. Tačiau skaitmeniški duomenys neleidžia teigti, kad kairiosios lymfinių liaukų pusės susirgimas tuberkulioze kaimiečiams atsitiktų dažniau kaip miestelėnams, kaip kad buvo galima pastebėti plaučių tuberkuliozės atveju. Šitas faktas, matyti, kalba prieš tariamą būdą apsikrėsti plaučių tuberkulioze iš cervikalinių liaukų.

Beaiškindami plaučių džiovos lokalizacijos kaimiečiams ir miestelėnams dėsningumą, prieiname išvadą, kad labiau įtikinama yra infekcija pro virškinamąjį traktą — pro skrandį ir žarnų traktą (senosios Bering'o, Calmette'o, vėliau Weichselbaum'o, Bartel'io, Neumann'o, Spieler'io, Bongert'o, iš dalies Orth'o ir kt. pažiūros). Patiekus klausimą, kas dažniau turi progos apsikrėsti pro burną — kaimiečiai ar miestelėnai, — kiekvienas pasakytų, kad nelabai švaron teįjunkusiems kaimiečiams tokios progos dažnesnės. Tenka manyti, kad tuberkuliozės bacillų dauguma nelieka burnoj, bet patenka į skrandį ir į žarnas. Be to, tuberkulioze sergantieji kaimiečiai dažnai nuryja didokus limpamų skreplių kiekius. Čionai pro skrandžio ar žarnų sieneles džiovos bacillai patenka į lymfos takus, į ductus thoracicus, kuris yra sujungtas su lymfine kairiųjų plaučių systėma. Štai kuriuo enterolymfogeniniu keliu, visiškai nepatekdami į mažąjį kraujo apytakos ratą, bacillai gali atsidurti dažniau kairiuosiuose plaučiuose kaip dešiniuosiuose. Štai kodėl kaimiečiai, apsikrėtę broncho-, hėmato- ar lymfogeniniu keliais, serga kairiosios plaučių pusės tuberkulioze palyginti dažniau už miestelėnus.

Calmette'as, Orth'as, Rabinowitsch'ius ir kiti pripažįsta enterohėmatogeninę plaučių tuberkuliozės kilmę. Jie yra tos nuomonės, kad infekcija iš savo įeitosios vietos prasiskverbianti lymfiniais takais į ductus thoracicus, o iš ten į veninį plaucių ratą; drauge su veniniu krauju bakterijos patenkančios į dešiniąją širdį ir į plaučių kraujo apytakos ratą. Tačiau toksai infekcijos modus, kaip jau matėme, neišaiškina to lokalizacijos skirtumo, kurį plaučių tuberkuliozė rodo miestelėnų ir kaimiečių atžvilgiu. Pastebėtiems faktams išaiškinti pasiūliau enterolymfogeninę plaučių tuberkuliozės apsikrėtimo hypotezę. Jei tos pažiūros neprieštarauia anatomijos duomenims, šitoji teorija — kaip kad ir inhaliacijos teorija — galėtų įsipilietinti, kad ir labiau aprėžtu laipsniu.

Tam tikrą analogiją, šiokį tokį lygiagretumą (kad ir netobulą) galime įžiūrėti tarp tuberkuliozės infekcijos ir skrandžio-žarnų trakto auglių metastazių. Vėžio ląstelės iš skrandžio pro ductus thoracicus dažniau patenka, sudarydamos metastazes, į kairiąją kūno pusę kaip į dešiniąją. Pavyzdžiu gali būti metastazinis liaukų pabrinkimas in fossa supraclavicularia sinistra (vadinamoji Wirchow-Troisier'sche Jugulardrüse).

Visi eksperimentiškai dirbantieji tyrinėtojai sutinka su tuo, kad virus'o kiekis, reikalingas intestinalinės tuberkuliozės infekcijai atsirasti, turi būti šimtą ar net tūkstantį kartų didesnis kaip virus'o kiekis, esant infekcijai per inhaliaciją (H e t s c h'io cit.). Žinoma; tačiau kiekvienas, kas tik žino kaimiečių būties sąlygas, sutiks, kad kaime toji „tūkstantinė dozė“ yra taisyklė. Jau vien tatai, kad sergantieji kaimiečiai nuryja limpamuosius skreplius, įgalina juos dar labiau apsikrėsti pro skrandžio-žarnų traktą.

Apskritai laikoma, kad intestinalinė infekcija žmogui reta; bet kaip išaiškinti aukščiau nurodytas tuberkuliozės susirgimų dėsningumas, kaip išaiškinti vienpusio plaučių susitraukimo (Lungenschrumpfung) faktas, kuris kairiesiems plaučiams daug dažnesnis kaip dešiniesiems (S t r ü m p e l l'io cit.) ir kuris iš dalies plečiasi lymfagitinių procesų keliu?

Jei žmogus suserga kuria-nors liga, kuri lokalizuojasi dešiniojoj ar kairiojoj plaučių pusėj, arba vėl viršutinėse, vidurinėse ar žemutinėse plaučių dalyse, — šitai nėra pripuolamas dalykas; liga priklauso griežtų dėsnių, kuriuos mes tuo tarpu galime išsiaiškinti tik iš dalies, pasiremdami anatominėmis bei fyzinėmis priežastimis (ligos įsimetimo vieta) ir biochemiškomis audinių bei ligos gemalų savybėmis. Manau, kad ligų, resp. tuberkuliozės, patologijoj, pasirėmus klinikos patyrimais, galima iškelti štai koks dėsnis kai dėl ligos proceso lokalizacijos plaučiuose.

Bronchogeninė ir hėmatogeninė infekcija (dažniau pro dešinįjį bronchą ar pro art. pulmonal. dextra): dažniau dešiniuosiuose plaučiuose kaip kairiuosiuose, ypač vidutinėse ir žemutinėse plaučių dalyse. Lymfogeninė infekcija: ypač viršutinėse plaučių dalyse; dažniau kairiuosiuose plaučiuose, jei apsikrėtimas įvyksta enterolymfogeniškai, t. y. pro ductus thoracicus. Ta ar kita apsikrėtimo formų kombinacija arba viena kuri įsigalėjusi forma padaro nevienodą ligos vaizdą. Antai, pneumonia crouposa, gangraena pulmonum, emboliniai procesai plaučiuose, resp. hėmorraginis plaučių infarktas, plaučių syphilis etc. lokalizuojasi vidurinėse, o ypač žemutinėse plaučių dalyse, dažniau dešiniuosiuose plaučiuose, kaip kairiuosiuose. Dulkės ir suodžiai nusėda lymfiniais keliais dažniau plaučių viršūnėse, cancer lokalizuojasi viršutinėse plaučių dalyse („nuo hilus srities iš dalies retrogradiniu lymfos keliu“, cit. Z w e i f e l'is ir P a y r'as), tuo gi tarpu sarkoma — vidurinėse ir žemutinėse plaučių dalyse (idem — galimas dalykas hėmatogeniškai). Kaip matome, šito lokalizacijos dėsningumo klauso ne tik inhaliacijos ligos ar hėmatogeninės plaučių ligos, bet taip pat ir augliai, resp. jų metastazės. Pagaliau, plaučių apsikrėtimas tuberkulioze įvyksta viršūnėse visų pirma lymfos keliu; miestelėnams dažniau dešiniuosiuose plaučiuose kaip kairiuosiuose (ypač bronchogeniškai); kaimiečiams, be to, palyginti dažniau negu miestelėnams suvaidina tam tikrą vaidmenį enterolymfogeninė infekcija, t. y. palyginti dažniau kaip miestelėnams įvyksta kairiųjų plaučių apsikrėtimas tuberkulioze.

Zusammenfassung.

Auf Grund des eigenen gesammelten Materials über 1155 ambulante Lungentuberkulöse und des Materials des Röntgeninstituts am Städt. Krankenhaus sowie anderer Aerzte weist der Verfasser hin, dass die Daten, betr. die Lokalisation der Lungentuberkulose etwas verchieden bei Bewohnern von Stadt und Land sind: bei den Städtern wird ein häufigeres Befallensein der rechten Lunge beobachtet, während dieser Unterschied bei den Landbewohnern in bedeutend geringerem Masse zu beobachten ist, d. h. die linke Lunge des Bauern haüfiger an Tuberkulose erkrankt als die linke Lunge des Städters. Der Verlauf der Lungentuberkulose hat auch bei den Landbewohnern einige Besonderheiten. Der Verfasser gibt verschiedene Erklärungen, warum die rechte Lunge überhaupt für Infektionskrankheiten empfänglicher ist und weist hin, dass bekannte Infektionsmodi der Lungentuberkulose die bemerkten Tatsachen nicht erklären.

Für die Erklärung der vorgefundenen Gesetzmässigkeit ist nach Verfasser bedeutend wahrheitsgetreuer der Infektionsweg durch den Digestionstraktus: bei den unsauberen Bauern ist die Infektionsgelegenheit durch den Mund öfter vorhanden. Durch die Magendarmwand gelangen die Tuberkelbazillen in die lymphatischen Wege, in den Ductus thoracicus, welcher mit dem Lymphsystem der linken Lunge in Verbindung steht (entero — lymphogene Infektion ohne in den kleinen Kreislauf zu kommen). Analogie: Die Krebszellen des Magens metastasieren durch den Ductus thoracicus häufiger in die linke Körperhälfte als in die rechte. Die Krankheiten sind überhaupt strengen Gesetzen unterworfen und bezüglich der Lokalisation des krankhaften Prozesses in den Lungen kann man das Folgende ausführen. Die bronchogene und hämatogene Infektion (häufiger durch den rechten Bronchus und durch die Arteria pulmonalis dextra) tritt häufiger rechts als links auf, hauptsächlich werden hierbei die mittleren und unteren Lungenteile befallen. Die lymphogene Infektion befällt hauptsächlich die oberen Lungenteile. Sie tritt häufiger links auf bei Entstehung auf entero lymphogenem Wege, d. h. auf dem Wege durch den Ductus thoracicus. Durch die Kombination der verschiedenen Infektionsformen und Ueberwiegen irgendeiner Form resultieren die verschiedenen Krankheitsbilder.

Literatūra.

1. Amrein: Lungentuberkulose, S. 19.
2 Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten, 3-te Aufl. S 7.
3. Bacmeister: L..d. Lungenkr., S. 250.
4. Hetsch: Spec. Pathol. u. Ther. von Kraus und Brugsch, Tuberkulose, S. 802 u 803.
5. Kaufmann: Lehrb. d. speciel. Pathologischen Anatomie, S. 284, 285.
6. Mosse: Krankheit und soziale Lage, S. 570.
7. Orth Rabinowitsch: cit Ignatowski. Vračebn Obozr. 1923, Nr. 9, S. 390.
8. Podvysockij: Osnovy ob. i eksp. patologii, S. 569 (rusiškai).
9. Rauber-Kopsch: Lehrb. u. Atlas der Anatomie des Menschen, 1922. S. 273.
10. Schrötter: Lehrbuch d. sp. Path. u Ther, Strümpell, Tub. des Kehlkopfes, S 236.
11. Strümpell: L. d spec. Path. u. Ther Tub. der Lungen, S. 363.
12. Weichselbaum, Bartel, Neumann, Spieler, Bongert, Orth: cit. spec. Path. u. Ther. von Kraus u. Brugsch, Tuberkulose, Hetsch, S. 801.
13. Zweifel u. Payr: die Klinik der bösartigen Geschwülste, 1925, II B., S. 3.

Dr. O. Pauziskis.

Apie naujuosius kelius tuberkuliozei gydyti.

Jau iš senų senovės tuberkuliozė buvo paplitusi visur liaudyje, kur kultūra buvo jai palanki. Nors pastarųjų metų statistikos žinios mums rodo, kad geresnės hygijenos ir energingo su ja kovojimo dėka mirštančiųjų tuberkulioze skaičius yra žymiai sumažėjęs, vis dėlto tenka pripažinti, kad tuberkuliozės aukų skaičius palyginti yra dar gana žymus. Drauge su bakteriologijos išsirutuliojimu atsiskleidė plati dirva tiek visoms kitoms infekcinėms ligoms, tiek ir tuberkuliozės profylaktikai. Jau Robert'o Koch'o tuberkuliozės bacillo atradimas turėjo didelės praktiškos reikšmės. Taip, tuojau po bacillo atradimo buvo išdirbta keletas būdų, kurie tuberkuliozės dalinai diagnozei, dalinai profylaktikai privalėjo būti naudingi. Bet visi šitie keliai, pradedant vietinėmis tuberkulino reakcijomis iki naujausių bandymų su apsaugojamuoju skiepijimu Calmette'o būdu, negalėjo mus privesti ligi pageidaujamojo tikslo. Visi paskutiniais dešimtmečiais atsiradusieji tuberkuliozės nugalėjimo būdai dideliu džiaugsmu buvo sutikti, uoliai peržiūrinėjami ir, kai pageidaujamų sėkmių negauta, pasireiškė reakcija perdėtu pesimizmu. Dėl to negalima stebėtis, kad į naujai pasirodantį tuberkuliozės gydymo metodą šiandien labai skeptiškai žiūrima. Šitas jau iš pat pradžios neigiamas nusistatymas nevisuomet yra pateisinamas, ir tuo būdu mes dažnai matome, kad perdaug skubi kritika gali pastatyti naudingą mokslui darbą daugeliui metų šešėlin. Todėl yra labai girtina, kad toks didis medicinos mokslo autoritetas, kaip Sauerbruch'as, d-ro Gerson'o naujai patiektą tuberkuliozės gydymo dijeta metodą pirmutinis dideliu rūpestingumu peržiūrėjo.

Kame pasireiškia Gerson'o gydymo dijeta metodas? Pats sirgdamas sunkia migrena, Gerson'as bandė įvairiausiais būdais savo skausmus malšinti ir, kai visi žinomieji gydymo metodai nieko negelbėjo, jisai mėgino gydytis įvairiais dijetos gydymo būdais. Per šituos tyrimus, kurie įvyko jau prieš daugelį metų, Gerson'as galėjo nustatyti sąryšį tarp savo ligos ir savų gydymo dijeta priemonių. Jisai patyrė, kad šitų migrenos priepuolių metu įvyksta tam tikri vidurių nervų sistemos sutrikimai, kurių priežastimi gali būti mineralinių medžiagų apykaitos sutrikimai. Tuo būdu jisai savo bandymais nuolat galėjo išrodyti tam tikrą chlororetenciją, ir šitas išrodymas jį privedė prie minties, kad tam tikri sutrikimai vyksta, greičiausia, chloro ir kitų mineralų apykaitoje, kurie ir sukelia ligos reiškinius. Tada Gerson'as stengėsi tą medžiagų apykaitą tam tikru maitinimu pakeisti. Vėliau jisai mėgino tai mineralinių medžiagų apykaitai duoti kitą lytį, pridėdamas tam tikrą mineralinės druskos mišinį.

Gerson'as, asistento pareigas eidamas, turėjo progos pastebėti, kad tarp sergančiųjų tuberkulioze buvo tam tikras skai-

čius ligonių, turinčių panašių į migrenos ligą sutrikimų. Jisai ir šituos ligonius stengėsi gydyti dijeta, bet pradžioj susilaukė menkų sėkmių. Jojo tolimesnieji tyrimai jam įrodė, kad audinyj, sergančiame tuberkulioze, užsilaiko valgomoji druska, tuo tarpu kitų mineralinių druskų jam stinga. Tada jisai prie savo dijetos prikergė ol. jecoris aselli phosphor. ir jo bandymai davė daug geresnių sėkmių. Per metus jisai savo gydymo būdą patobulino ir nuolat įsitikindavo, kad šita dijeta gydomas „lupus" ir kitos tuberkuliozinės ligos gijo ir pastoviai liko pagydytos. Tokių puikių laimėjimų Gerson'as pats nelaukė.

Dijetos planas pagal Gerson'ą.

Draudžiama: valgomoji druska; alkoholis; rūkyta ir aštriais prieskoniais pagaminta mėsa; dešra, kumpis ir lašiniai; rūkytos ir sūdytos žuvys; actas; maggi-sriubos skanėsiai ir buliono virfeliai; aštrūs sūriai, konservai, aštrūs prieskoniai; mėsos vartojimas žymiai susiaurinamas, baltymo reikalavimą gali patenkinti pienas ir kiaušiniai. Maitinimui reikalinga: 1—2 žalių kiaušinių, keletas citrinų, daug vaisių, bendrai įvairių vaisių, saločių, pomidorų, žalių šaknų, įvairių daržovių ($^1/_2$—$1^1/_2$ litr.) ir vaisių žalių sulčių ir kaipo priedas sriuboms ir kitiems valgiams; kompotai; $^1/_2$ litro žalio pieno; nesūdyto sviesto; varškės (nesūdytos) 50—75 gr.; pietums ir vakarienei šviežių (nenuplikintų verdančiu vandeniu) daržovių; bulvių; maža miltų ir kiaušiniškų valgių; — maža nesūdytos duonos; maža raudonojo cukraus; šiek tiek šviežios žuvies.

Mineralinių medžiagų apykaitai pakeisti: „Mineralogen".

(„Pharma", Max Loebinger et Co. G. m. b. H. Berlin, Charlottenburg 4).

Be to, skiriama: Rp. Phosphori 0,025
Ol. jecor aselli 300,0
MDS. 1 valgomas šaukštas 2 syk per dieną.

Prof. Sauerbruch'as drauge su savo asistentu Herrmannsdorfer'iu jau anksčiau mėgino senąją žaizdų dijetiką atnaujinti. Pirmųjų bandymų išdavos kitų tyrinėtojų buvo sutiktos didele kritika, bet vėliau bendru įsitikinimu pripažintos. Tie pasisekimai ir vertė Sauerbruch'ą ir Herrmannsdorfer'į patikrinti Gerson'o tuberkuliozės gydymo būdą, jį pataisyti ir toliau išvystyti.

Prie Miüncheno universiteto klinikos jie įsteigė maitinimo paviljoną ir ėmė savo ligonius gydyti grynai dijeta. Visi kiti ankstybesnieji gydymo metodai, k. a. švitinimai, vaistai, tepalai ir kt. tapo atmesti; sergantiesiems „chirurgiškąja tuberkulioze" operacijų nebuvo daroma ir jie nebuvo tvarstomi. Visos šitos priemonės buvo atmestos, kad būtų galima ištirti grynas maisto veikimas, ir tuo būdu tuberkuliozės procesui vietoje jokios įta-

kos nebuvo daroma. Šitie gydymo būdai turėjo lemiamos įtakos visai problemai, laimėjimas buvo išrodytas. Maisto veikimas aiškiausiai pasirodė išviršinėj tuberkuliozėj. Gydant dijeta „lupus vulgaris", žymiai sumažėjo perifokalinis įdegimas. Taip pat greit pasirodė laimėjimų ir odos tuberkuliozės pūlingose bei drėgnose formose. Gerų sėkmių buvo galima stebėti ir liaukų, minkštų dalių ir urogeninėje tuberkuliozėje. Didelių laimėjimų taip pat buvo pasiekta ligoniams, turintiems atdaras ir infekuotas vietas kauluose ir sąnariuose.

Eksudacinėj formoj su kavernomis po maistiško gydymo taip pat buvo konstatuojamas bendros savijautos pagerėjimas. Kūno svoris priaugo, o skreplių žymiai sumažėjo. Produkcinėj formoj su kavernomis laimėjimai buvo dar aiškesni, nes pasirodė svorio priaugimas drauge su bendro jautimosi pakilimu, tuo tarpu kai ir fiziniai tyrimai rodė pagerėjimą. Chirurgiškoj tuberkuliozėj vis dėlto buvo pasiektas didžiausias svorio pakilimas, tuo tarpu plaučių tuberkuliozė teparodė mažesnį prie to palinkimą. Šitų laimėjimų fiziologinio apsireiškimo S a u e r b r u c h'as nepagrindo. Jam praktiški laimėjimai buvo daug svarbesni, nors iš įvairių šalių buvo girdima „teoretinių abejojimų". Faktas, kad žymi dalis tų ligonių vėl galėjo darbą dirbti, skatino jį toliau išrutulioti G e r s o n'o metodą ir šitą dijetos terapiją visu savo autoritetu paremti.

Tolimesniame veikale, kurį H e r r m a n n s d o r f e r'is drauge su B a e r'u ir K a u s c h'u paskelbė, kalbama „apie maitinimo be valgomosios druskos išdavas plaučių tuberkulozėje". Negausios žinios apie pasisekimą plaučių tuberkulozės gydyme ir neaiškios šitos ligos sąlygos žymiai pasunkina kritiką. Bet atkreipus dėmesio į visus tuos sunkumus, šito gydymo būdo pasėkos vis dėlto yra stebėtinos. Bet tai yra tikra, kad ypatingas maisto sąstatas turi didelės įtakos ligos eigai.

Kad problema būtų prieinamesnė kritikams, prie veikalo prikergta daug ligų istorijų ir, be to, jisai gausiai iliustruotas atvaizdais ir rentgenogramomis taip, jog skaitytojas pats gali sekti ligos eigą ir rezultatus vienaip suprasti. Iš prikergtųjų ligų istorijų aiškiai galima matyti, kad eksudaciniai procesai atatinkamo maitinimo įtakoj turi ypatingo palinkimo pereiti į produktyvią-fibrozinę formą. Kadangi tam ypatingų palankių sąlygų negalėjo būti, tai aukščiau minėtieji autoriai mano, kad tie pasisekimai yra gaunami dijetinio gydymo dėka.

Kad dijeta turi ypatingai geros įtakos „lupus vulgaris" ligai, išrodė jau pirmieji S a u e r b r u c h'o ir H e r r m a n n s d o r f e r'io bandymai. Šitas faktas Gyseno miesto „Lupus" ligoninės tapo naujai patvirtintas. Tenai tas metodas buvo patikrintas dideliam ligonių skaičiui, ir be galo geri pasisekimai dabar tvirtai ir be jokių priekaištų yra nusistovėję.

Maitinamosios terapijos klausimas tuberkuliozėje vertė garsųjį pediatrą F i n k e l s t e i n'ą pareikšti kelias savo pastabas.

Visai teisingai Finkelstein'as nurodo, kad maitinimo ir infekcijų santykio klausimas jau buvo iškeltas pediatrijoj prieš du dešimtmečiu. Tada buvo kalbama apie tai, jog galima organizmo apsaugojamosios jėgos sustiprinti dijetos pagelba. „Diathesis exsudativa" klausimas buvo tada kalbama tema. Czerny jau tada pavyko išrodyti, ta būklė galima suvaldyti tam tikru maitinimu. Iš pradžios Czerny labiausiai reikšminga laikė pieno vartojimo susiaurinimą, bet vėliau pats įsitikino, kad esmė glūdi valgomosios druskos, sulaikančios vandenį, vartojimo aprėžime.

Pats Finkelstein'as jau prieš du dešimtmečiu nurodė į pasisekimus gydant lymfatikų drėgnąją ekzemą mažai sūdytu maistu. Labai vykusiai jisai tą pasisekimą lygina su dumblyno sausinimu pakeičiant augmeniją. Kai dėl dijetinio gydymo tuberkuliozėje, tai Finkelstein'as mano, kad jisai reikia taip sutvarkyti, jog kūnas įgautų kuo mažiausiai vandens. Ypačiai reikia iš jo atimti valgomoji druska, bet tuo pat metu reikia jam suteikti kitų mineralų. Taigi jisai teisingai pažymi, kad pediatro senesnės pažiūros sutampa su naujesnėmis pažiūromis į tuberkuliozės gydymą.

Bet kiek yra aiškūs ir neginčijami šito gydymo būdo rezultatai, tiek yra neaiškus ir ginčijamas šito gydymo metodo mokslinio pagrindo klausimas.

Pats Gerson'as, kuris taiko šitą principą ne tik tuberkuliozei, bet ir kitoms liguistoms būtims, tiki, kad svarbiausias pasisekimas glūdi palankioj dijetos įtakoj žmogaus konstitucijai. Jisai tą veikimą taip įsivaizduoja, jog kiekvieno ligonio organizmas kuriuo nors būdu yra užnuodytas; atvirkščiai, sveikame organizme vyksta nuolatinis pasiliuosavimas nuo nuodų. Ligonyj šitas pasiliuosavimas nuo nuodų yra sutrikdytas, ir ne tik vieno kurio-nors organo ar organų sistemos funkcionavimas, bet visas kūnas, t. y. visos jo ląstelės; tuo būdu visoms ląstelėms reikia pagelbėti. Šitam tikslui jis vartoja:

1) Chloro atėmimą. Situo būdu atimami iš ligotų ląstelių chloridai, mineralinių medžiagų apykaitai priduodama kita kryptis ir drauge su mineralogen'u dalinai privedama prie kitų druskų nusėdimo.

2) Dijetą, kuri skatina tulžies tekėjimą ir visų žarnų sekreciją. Tulžies tekėjimas pašalina medžiagų apykaitos ir infekcijos nuodus, ir jis didinamas ol. jecoris aselli phosphor. vartojant.

3) Organizmui suteikiama gausiai vitaminų. Šitie įvairūs vitaminai palankiai veikia ląsteles ir paliuosuoja jų pirmiau sustabdytą funkciją.

Šitas pagrindas nėra grynai moksliškas, bet, kaip Gerson'as pats išsireiškė, tiktai visumos veikimo atvaizdavimas. Bet norint išsiaiškinti sąryšius, būtinai reikalingas grynai moksliškas stebėjimo būdas. Dėl to Bommer'is mano, kad „dėl nedi-

delio skaičiaus gydomų tuo būdu žmonių, patenkinamo atsakymo kol kas duoti negalima". Visai teisingai Bommer'is pabrėžia, kad Gerson'as pats nepradėjo nuo moksliškų apmąstymų. Išėjimo punktas buvo migrena, o visas jo tuberkuliozės gydymo būdas yra tik pašalinis išradimas.

Sauerbruch'as ir Herrmannsdorfer'is kitaip elgėsi, tyrinėdami dijetiško žaizdų gydymo būdo klausimą, nes jie buvo pasistatę tvirtą klausimą, į kurį jie stengėsi atsakyti. Jie norėjo ištirti, ar galima pakeisti vandenilio jonų koncentracija infekuotų žaizdų srityje. Šituo pakeitimu buvo norima padaryti tinkamos įtakos bakterijų kiekiui ir palankios įtakos gijimo eigai. Šitas uždavinys jiems ir pasisekė tam tikru maitinimu, kuris savo sąstatu šiek tiek yra nutolęs nuo Gerson'o dijetos.

Tą nuomonę, kad valgomoji druska ir mėsa žmogaus organizmui kenkia, Bommer'is laiko nepamatuota, nes moksliškai tatai visai nėra išrodyta. Jo nuomone, „mineralinių medžiagų apykaitos pakitimas" yra tik sąvoka be aiškaus turinio. Ypatingai svarbų vaidmenį tuberkuliozės eigai vaidina, greičiausia, vitaminai. Remdamasis v. Bergmann'o tyrinėjimais, jisai net odos tuberkuliozę mėgino gydyti vigantoliu. Čia, tur būt, vyrauja tam tikra analogija su gydančiais faktoriais rachito ligoje. Ar Gerson'o dijetos įtakoj tuberkulioziniame tinkle įvyksta vandenilio jonų koncentracijos pakitimas, ligi šiol dar neišrodyta.

Bommer'is, kuris dijetišką gydymą nuosekliai sekė, pastebėjo, kad, gydant „lupus vulgaris", dijetos įtakoj edema ir venozinė stazė visuomet anksčiau pranykdavo negu „lupus'o" spuogai. Kadangi „lupus vulgaris" dažniausiai išsirutulioja tokioj odoj, kurios cirkuliacija yra sutrikdyta, tai jis mano, kad tuberkuliozės dijeta labiausiai veikia palankioj kraujo cirkuliacijai įtakoj, dėl to kapiliarinė siena yra toji vieta, kur dijeta pirmiausiai veikia. Remdamasis Herzog'o tyrinėjimais, jisai nurodo į tai, kad indų sienelių ląstelės yra tos ląstelės, kurios įdegimo metu atlieka ypatingus veiksmus. Tuo būdu šitos ląstelės privalo būti pagrindinės žmogaus konstitucijai. Šituo atsitikimu Bommer'io ir Gerson'o nuomonės sutampa, nes pastarasis kalba apie galimumą pakeisti žmogaus konstituciją. Norėdamas tat pasiekti, Gerson'as specifišką terapiją tuberkuliozėje laiko bereikalinga. Jos vietą turi užimti bendroji įtaka į žmogaus kūną. Teisingai Gerson'as ypačiai nurodo į naujus vidaus sekrecijos tyrinėjimus, kur vyksmų pilnuma ir tarpusavė priklausomybė aiškiau pasirodo.

Išvada.

Iš viso to, kas pasakyta, galima išvesti, jog pastaraisiais metais apleistąja maitinimo terapijos sritimi verta arčiau susidomėti. Po to, kai cituotieji autoriai išėjo viešumon, šitas klausimas yra išėjęs iš bandymų stadijos. Dėl to ligoninių yra humaniškas ir dėkingas uždavinys įsitaisyti tokias speciales dijetines

virtuves, juo daugiau, kad išlaidos Gerson'o dijetai yra nedidelės. Šito maitinimo praktiškas įvykdinimas yra nelengvas, nes tam reikalingas ypatingas palinkimas ir sugebėjimas. Šitas darbas yra dar palengvinamas Herrmannsdorfer'io knygele „Praktiški nurodymai tuberkulioze sergantiesiems gydyti be valgomosios druskos", kurios trumpu laiku išleista jau trečioji laida. Tatai irgi yra ženklas didelio susidomėjimo šito gydymo būdo metodu.

Literatūra.

1) Baer, Herrmannsdorfer, Kausch: Ergebnisse Kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose. „Münch. med. Wochr." 1929, Nr. 1,2.

2) Bommer: Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose „Münch. med. Woch." 1929, Nr. 17.

3) Bommer: Grundlagen und Ausblicke der Diätbehandlung der Lupus vulgaris. „Medizinische Welt" 1929, Nr. 39.

4) Finkelstein: Über diätetische Nährbodenänderung in der Therapie infektiöser Erkrankungen. „Münch. med. Woch." 1926, Nr. 11.

5) Gerson, Herrmannsdorfer, Sauerbruch: Über Versuche schwere Formen Tbc durch diätetische Behandlung zu beeinflussen. „Münch med. Woch" 1926 Nr. 2,3.

6) Gerson, M.: Die Entstehung und Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose. „Die Medizinische Welt" 1929, Nr. 37.

7) Herrmannsdorfer: Die Beeinflussung der Wundteilung und Tbc. durch Aenderungen im Mineralstoffwechsel. Verlag Georg Thieme, Leipzig 1929.

8) Herrmannsdorfer: Der Einfluss besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen. „Med. Klinik" 1929, Nr. 32.

9) Herrmannsdorfer: Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser. Verlag J. A. Barth, Leipzig.

10) Jesionek: „Münch. med. Woch." 1929, Nr. 21.

11) Sauerbruch u. Herrmannsdorfer: Ergebnisse und Wert einer diätetischen Behandlung der Tbc. „Münch. med. Woch." 1928, Nr. 1.

Autoreferat.

Verfasser gibt einen Überblick über die diätetische Behandlung verschiedener Formen der Tuberkulose. Die Entstehung und Begründung dieser Methode werden dabei erörtert und die Ergebnisse dieser, von Sauerbruch, Gerson und Herrmannsdorfer zuerst angegebene Behandlungsart, näher besprochen. Auf Grund der Erfolge dieses Heilverfahrens weist Verfasser auf die Wichtigkeit dieser Behandlung hin und bedauert, dass dieses Verfahren, das bereits aus dem Stadium der Versuche herausgekommen ist, noch keinen Eingang in die Spitäler gefunden hat.

Dr. F. Kolodnas.

Hėmogramos (kraujo vaizdo) aiškinimas ir reikšmė, V. Schilling'u sekant[1]).

Sekant V. Schilling'u, hėmogramą arba kraujo vaizdą sudaro baltųjų kraujo kūnelių ištyrimo rezultatai, būtent: bendra-

---

[1]) Pranešimas, skaitytas per IV L. gydytojų kongresą 1928 m. lapkričio mėn. 1—3 d.

sai jų kiekis ir atskirųjų klasių procentinis santykis. Patogumo dėliai hėmogramą žymi šitaip:

Leuk. kiek.	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos[2])

Vengdamas perdaug išplėsti mano pranešimą, čia tepaliesiu vieną hėmogramos dalį, kuri gydytojams esmingesnė, būtent — hėmogramos aiškinimą ir reikšmę.

Jau XVII šimtmety, dėka Leewenhoeck'o ir Hewson'o atradimų, patirta, kad viena esmingųjų kraujo sudaromų dalių yra, be kitų, ir jojo morfologiškieji elementai. Tačiau apie jų struktūrą anuomet menkai nusimanyta; tik vėliau Ehrlich'as smarkiai pastūmėjo narvelių struktūros mokslą. Nudažymo būdu veikdamas, jisai smulkiai ištyrė leukocitų struktūrą ir jau skirdavo 5 jųjų grupes.

1. Eoz. (jų protoplazmą gerai nudažo rūgštieji dažai — eozinas).
2. Riebieji arba bazofiliai (protoplazmą nudažo šarminiai dažai).
3. Neutrofiliai (jų protoplazma neutrofilė).
4. Lymf. (apskritas branduolys ir gerai nusidažanti baz. prot.)
5. Mononukleariai ir pereinamieji (branduolys apskritas arba mentės pavidalo, protoplazma nusidažo neryškiai).

Kai dėl leukocitų kilmės, tai Ehrlich'as paneigė buvusią įsivyravusią unitaristinę teoriją (pasak kurios visiems leukocitams esama vieno bendro motiniško narvelio „Stammzelle", ir įkūrė vad. dualistinę mokyklą, pasak kurios granulocitai arba leukocitai grūdėtąja protoplazma (eo, baz. ir neutr.), yra kilę iš vieno narvelio, o lymf. ir mon. — iš kito, kurių dviejų nėra nieko bendra. Tiek pirmoji, tiek antroji mokykla ligšiol tebeturi savo šalininkų; be to, dualistų tarpe dar kilo ginčas dėl monoc. kilmės: kai kurie jųjų (Pappenheim'as ir kt.) mon. priskiria lymfocitams, kiti vėl — granulocitams (Negel'is, Tuerk'as ir kt.). Tačiau kai-kurios monocitų savybės tiek skirtingos nuo granulocitų ir lymfocitų, jog esama pagrindo pripažinti atskirą monocitų systėmą (Schilling'o trializmas). Pastaruoju metu trialistinė teorija vis labiau įsigali, dėka Aschoff'o ir Kioni'o sukurtam mokymui apie retikuloendotelialę systėmą.

Pasak trialistų teorijos, visi leukocitai, atsižvelgiant į jų kilmę, skirstomi 3 grupėmis: I grupė — granulocitai arba grūdiniai leukocitai (myeloidinės kilmės), II grupė — lymfocitai

[2]) Čia sužymėta: l. k. — leukocitų kiekis; ba. — bazofiliai; eo. — eozinofiliai; my. — myelocitai; jug. — jaunikliniai; st—lazdeliniai; seg—segmentuotieji; ly—lymfocitai; mo—monocitai.

(lymfinės kilmės) ir III grupė — monocitai (retikulo-endotelialinės kilmės).

Periferijos (neleukėmiškame) kraujyje aptinkame šitokių ląstelių: I grupės — a) baz, b) eo, c) neutrofilų, kurių pastarieji savo ruožtu skaidosi, atsižvelgiant į genezės eilę, į — 1) myel., 2) jauniklinius, 3) lazdelinius (Stabkernige) ir 4) segmentuotuosius (Segmentkernige); II grupės — jauniklinių ir subrendusių lymfocitų; III grupės — tik monocitų.

Suminėtųjų periferijos kraujo ląstelių tarpusavį procentinį santykį vadina leukocitine formule; sveikiems žmonėms toji formulė svyruoja gan siaurose ribose, būtent: baz. 0—1%, eoz. 2—4%, myel. 0, jaun. 0—0,5%, st. 1—4%, segm. 51—67%, lymf. 21—30% ir mon. 4—8%.

Leukocitinės formulės apkitimai, peržengiantieji aukščiau nurodytas ribas, tėra galimi dėl patologiškos organizmo būklės, ir tokie apkitimai pasižymi tam tikru dėsningumu. Žinodami tuos dėsnius, iš leukocitinės formulės galime spręsti ir apie pačią ligą (tiek diagnozės, tiek prognozės, tiek ir terapijos veikimo atžvilgiais).

Visų smarkiausiai leukocitinę formulę veikia infekcinės ligos (aštriosios ir chroniškosios), nes jų toksinai jaudina kraujo gaminamus organus. Tų ligų veikimą dabar peržvelgsime.

Hėmogramos kreivės tipas aštrių infekcinių susirgimų atvejais.

Grafiškai sužymėję leukocitinės formulės svyravimus visose aštriosios infekcijos stadijose, gausime vadinamąją biologišką kreivę. Tipingais atvejais ją galime suskaidyti į 3 atkarpas, atatinkamai trims Schilling'iškėms fazėms:

I fazė — neutrofilė kovos fazė (neutrophile Kampfphase) pasižymi: neutrofilija (neutrofilų kiekio padidėjimu); branduolių perstūma kairėn (K.-V. nach links), tariant, padaugėjimu l, j ir miel, sumažėjimu ar net pranykimu eo (vad. hypo- ar aneozinofilija); lymfocitų kiekio nusmukimu (vad. lymfopėnija), o dažnai ir monocitų (monopėnija). Vaizdumo dėliai patiekiu kiek pavyzdžių:

	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
I atsit. (lengv.)	0,5	1,5	0	0	9	61	22	5,5	Gripas
II „ (sunk.)	0	0	2	24	44	24	4	2	Plaučių įdegimas; ligonis mirė

Kaip matome, tuodu patiektu pavyzdžiu ryškiai skirtingu, nors abu juodu atvaizduoja neutrofilę kovos fazę. Antroje šito

pranešimo dalyje dar sugrįšime prie tų pavyzdžių, ir tuomet mums paaiškės tokio skirtingumo priežastis.

II fazė — vadinamoji monocitinė atsispyrimo ir pergalės fazė (monocytaere Abwehr- u. Ueberwindungsphase); jau pats vardas parodo, kad būdinguoju šitos fazės bruožu yra monocitozė (monocitų kiekio padaugėjimas); be to, dažnai pastebimas nežymus padaugėjimas eoz. ir lymf., palyginus pirmąją fazę; branduolių perstūma irgi dalinai sušvelnėja.

III fazė — lymfocito-eozinofilė sveikimo fazė (lymphocytaereosinophile Heilungsphase); būdinguoju josios bruožu, kaip kad pasako pats pavadinimas, yra lymfocitozė (lymfocitų kiekio padaugėjimas) ir nežymi hypereozinofilija.

Štai II ir III fazių pavyzdžiai:

Klin. diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
3 ats. — gripas	0,5	2	0	0,5	. 6	51	29	11	
4 „ „	0,5	4	0	0	3	49	38	5	

Dabar eikime prie chroniškųjų infekcinių susirgimų; jais laikysime tokius susirgimus, kuriuos palydi nuolatinis (arba trumpesniais ar ilgesniais laiko protarpiais atgyjąs) organizmo įerzinimas, sukeliamas mikroorganizmų toksinų. Tokių susirgimų biologinės kreivės tuo skirtingos, kad čia suminėtos trys fazės neseka viena paskui kitą, kaip kad I grupėje, o dažniau esti vienkart; šitas reiškinys aiškinamas tuo, kad kiekvienas ligos atgijimas atsispindi leukocitinėj formulėj, sukeldamas neutrofilę kovos fazę, o II ir III fazės jau tėra organizmo reakcija prieš tai buvusiam (pirmatakiui), duotuoju momentu jau atslūgusiam, ligos subruzdimui.

Tuo atveju, kai liga atgyja labai ryškiai ir dažnai, t. y. kai mikroorganizmų didelis virulentingumas, — hėmogramoje vyraus I fazė, neutrofilė kovos fazė, o II ir III fazės bus neberyškios; čia turėsime biologinę kreivę chroniškosios virulentingos infekcijos. Atvirkščiai, jei liga atgyja ne per dažnai ir ne labai smarkiai, t. y. jei mikroorganizmų virulentingumo esama nedidelio,— tuokart hėmogramoje vyraus monocitinė atsispyrimo ir lymfocitoeozinofilė sveikimo fazės, o neutrofilė kovos fazė teturės antraeilės reikšmės; čia gausime biologinę kreivę chroniškųjų mažvirulenčių infekcinių ligų.

Leiskite patiekti kelis pavyzdžius. Paprastumo dėliai patiekiu ne visą kreivę, o tik atskiras josios grandis, kadangi gydytojai irgi dažniau susiduria ne su ištisa tyrinėjimų eile, o tik su viena kita hėmograma; žinoma, tos kelios hėmogramos nėra pripuolamos, jos ankštai susijusios, kaipo vienos grandinės — biologinės kreivės — pavienės grandys.

Klin. diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
Plaučių tbc.	0	2	0	0	20	43	24	9	
" "	0	5	0	0	5	42	41	6	
" "	0	2	0	0	9	44	38	7	
" "	1/2	4 1/2	0	0	8 1/2	50	28	9	

Aš parinkau vien tuberkuliozės pavyzdžių, nes šitame kongrese esame ypatingai susidomėję tuberkulioze; tačiau, be abejojimo, analogiškų hėmogramų gautume ir kitokių organizmo įdegamų procesų atvejais, kaip antai: chron. cystito, chron. pyelito, lues'o ir t. t.

Atskirą grupę hėmogramos atžvilgiu sudaro tos ligos, kurios įneša hėmogramon mažesnės ar didesnės hypereozinofilijos. Tai grupei priklauso: helminthiasis, trichinozė, bronchinė astma ir kt. anafilaktiški bei allergiški susirgimai.

Vaizdingumo dėliai štai 2 pavyzdžiu:

Diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
Trichocephalus disp.	0	10	0	0	3	30	49	8	Lymf. aiškinama jaunučiu paciento amžiumi
Bronchinė asthma	1	14	0	0	3	49	28	5	

Dar galėtume, kaipo atskirą grupę, peržvelgti kraujo ir jojo gaminamų organų ligas, bet tais atvejais hėmogramos aiškinimas ir reikšmė tiek paprasti, suprantami, jog netenka atskirai apie tą grupę kalbėti.

Hėmogramos reikšmė.

Dabar, turint galvoje visa išdėstyta, jau nesunku persistatyti ir visa hėmogramos reikšmė. Pradėsime I-ąja grupe: aštraus infekcinio susirgimo atveju leukocitinė formulė padeda mums spręsti apie ligonio būklę ir numatyti prognozę, o kartais net išaiškinti diagnozę Pavyzdžiui, jeigu kraujyje eoz. visiškai nebūtų ar menkai tebūtų (mažiau 1⁰/₀), jei būtų ryški branduolių perstūma kairėn, iki pat myelocitų, gi lymfocitų kiekis smarkiai sumažėtų, — tatai parodytų ligonio būklę esant sunkią, ir ligos prognozė, žinoma, būtų nepalanki (I pavyzdys); atvirkščiai, dėl ligonio netenka gąstauti, jei leukocitinė formulė teparodo nežymų eoz. sumažėjimą (per 1⁰/₀), menką branduolių perstūmą kairėn ir nedidelę lymfopėniją — II pavyzdys (kai dėl eoz. reikšmės, čia išimtį sudaro skarlatina bei trichinozė iš vienos pusės, ir vidurių šiltinė iš kitos pusės, kadangi nepalankiais pirmų dviejų ligų atvejais randame hypereozinofiliją, o pastarosios ligos atvejais, retomis išimtimis, aneozinofiliją; tą pažymį diferencinė diagnostika dažnai gali panaudoti.

Vaizdingumo dėliai aš parinkau kraštutinumus, bet kasdienėj praktikoj dažniausiai tenka susidurti su atsitikimais, gulinčiais tarp tų kraštutinumų; tuomet apie ligonio būklę spręsime iš to, ar kalbamas atsitikimas artimesnis I ar II pavyzdžiui.

Jei ligos metu hėmograma staigiai pakrypsta blogyn, tai būtų signum malum, parodąs, kad ligonio būklė pablogėjo, arba esąs pasidariusios komplikacijos atspindžiu.

Diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
Angina	1/2	2	0	0	18	32	37	12	Pacijentas sveikimo stad.
"	1	3	0	0	13	41	33	9	
Pūl. įdegimas cav. maxillae	1/2	1	0	2	20	50	21	4	

Dabar pažiūrėkime hėmogramos apkitimų chroniškų infekcinių ilgų atveju. Čia hėmograma gali mums būti proceso aktingumo matu. Antai, smarki branduolių perstūma kairėn, neryški lymfocitozė ir hypoeozinofilija pasako mums esant padidėjusį proceso aktingumą (5 atsitikimas); kai esti ryški lymfocitozė, be to, dar hypereozinofilija, tačiau branduolių perstūma nežymi, tai ligos aktingumas silpnas (6,7 ir 8 atsitikimai). Jeigu mes tik įtariame chron. infekciją, tai ir čia hėmograma teikia mums vertingą atramos tašką: kai gauname hėmogramą, kuri atatinka chroniškos infekcijos biologinę kreivę, mūsų įtarimas pasitvirtina; branduolių perstūmos kairėn laipsnis ir kt. parodo ligos virulentingumą. Atvirkščiai, jeigu ir daugeliu ištyrimų nepavyksta susekti patologiškų hemogramos apkitimų, tuokart tenka skeptiškai žiūrėti į chron. infekcijos galimumą; tie sumetimai, kiek aprėžti, tinka ir plaučių tuberkuliozei. Smulkiau tatai aptarsiu pranešimo gale.

Ypatingos reikšmės mums turi vadinamoji eozinofilė grupė, turint galvoje nepaprastai Lietuvoje paplitusį helminthiasis (kaikurių autorių duomenimis, mokykloje siekia 90%). Man pačiam nekartą teko iš hėmogramos įtarti kirminų buvimo galimumas, ir išmatų analizė visiškai pateisindavo tą įtarimą (buvo susekamas žymus kirminų kiaušinėlių kiekis). Niekumet negalime būti abejingi, jei hėmogramoje matome aiškią hypereozinofiliją; tokiais atvejais visumet reikia pirmiausiai pagalvoti apie tas ligas, kurios vyksta bemaž be symptomų (helminthiasis, trichinosis etc.), bet, suprantama, nereikia išleist iš akių ir kitų ligų, irgi hypereozinofilijos lydimų.

Hėmogramos įvairavimai verčia individualizuoti kiekvieną atskirą atvejį, mintyti biologiškai ir kombinuotai galvoti (H a u e r'is); hėmogramas beaiškindami, negalime prisilaikyti tam tikros, nustatytos schemos; tat nenuostabu, kad čia dažnai ir suklystama.

Leiskite suminėti visų dažniausias klaidas, su kuriomis aš pats dažnai susidurdavau:

1. Lymfocitozę, kaipo lymfocitinės sveikimo fazės aparaišką, aptinkame ir chroniškų infekcinių ligų (tbc. ir kt.) atvejais; iš to fakto kai-kas daro klaidingą išvadą, kad lymfocitozė nurodanti tuberkuliozę. Čia tenka nurodyti, kad: 1) lymfocitozę aptinkame, kaipo normalę vaikų būklę, esant išvidinės sekrecijos liaukų disfunkcijai (m. Bezedov, acromegalijai ir kt.), o taip pat ir palinkusiuos nutukti (Fettsucht); 2) esant chroniškoms, net silpno virulentingumo infekcijoms, šalia lymfocitozės dar esti branduolių perstūma kairėn; 3) net branduolių perstūmos lydima lymfocitozė tik tuomet įrodo chroniškos infekcijos buvimą, jei pacijentas neseniai prieš kraujo ištyrimą nėra sirgęs kuria aštriąja infekcine liga — pastaruoju atveju lymfocitozė tereiškia lymfocitinę sveikimo fazę po nesenos ligos ir tatai kaip tik yra gerėjančios pacijento būklės pažymiu.

II. Infekcinių ligų atsitikimais per mažai domisi eoz. kiekiu. Normalus ar padidėjęs eoz. kiekis reikia laikyti tikrai palankiu pažymiu, net jei būtų lymfopėnija ir žymoka brauduolių perstūma; atvirkščiai, jei eoz. visiškai nebūtų — būklė rimta.

III. Kai-ką mūsų nepaprastai įbaugina jauniklinių susekimas; tenka pastebėti, kad ir visiškai sveikų žmonių kraujyje kartais aptinkame kiek jauniklinių (iki 0,5%). Apskritai, pavieniai jaunikliniai turi ne daugiau reikšmės, negu toks pat lazdelinių padaugėjimas.

IV. Kai-kas mano, kad iš vienos tik hėmogramos jau galima susekti diagnozė; tokie svajojimai reikia paneigti. Tiesa, retkarčiais tatai įvykdoma, bet bendrai hėmograma tik papildo kitus klinikiškus ištyrimo metodus; šituo atžvilgiu kraujo vaizdas analogingas pulsui, temperatūrai ir pan.

Ligšiol bemaž išimtinai kalbėjau tik apie infekcinių ligų įtaką hėmogramai. Tiesa, didžiausios reikšmės hėmograma turi kaip tik toms ligoms, tačiau pastebėta dar ištisa eilė ligų ir organizmo būklių, kurios taip pat veikia hėmogramą; žinoma, pastaroji tais atvejais jau nebeturi lemiamos reikšmės, kadangi kiti klinikiški ištyrimo metodai prašoka hėmogramą jautrumu bei tikslumu ir todėl turi pranašumų — bet vis dėlto ir hėmogramos apkitimai reikia įsidėmėti, nes tokiais atvejais yra pasikeitusi bazė hėmogramai aiškinti. Kai-kuriuos tokius atsitikimus jau esame paminėję — vaikų amžiaus savybę, palinkimą nutukti ir kt., bet pravers nurodžius dar kelis reiškinius.

I. Be jokios matomos priežasties — sako Schilling'as — nėščiųjų dalis, pradedant nėštumo viduriu, ima rodyti nepaprastą jauniklinę neutrofiliją. Šitas Schilling'o nurodymas dar galima papildyti, nes, tiksliais Hein'o tyrinėjimais, jauniklinių branduolių perstūma kai-kurioms nėščioms pasireiškia jau antrame nėštumo mėnesyje ir tolyn vis auga. Vidutiniška nėščiųjų hėmograma atrodo:

	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
	0,5	1,8	0	1,2	10,2	56	25,8	4,5	

Be to, pirmais nėštumo mėnesiais hėmograma labiau panaši į normą, o paskutiniaisiais — nuo jos nutolsta.

Griūvą piktybiniai augliai dažnai sukelia neutrofiliją su mažiau ar daugiau ryškia branduolių perstūma kairėn, o taip pat eoz. sumažėjimą ar net visišką jų išnykimą. Negriūvančių auglių atveju šitai nepastebėta.

Diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
Ca colon descendens	0	0	0	2	25	54	8	11	Su metastažėmis
Ca praepylor	0	3	0	0	3	63	27	7	Pradinėj stadijoj

III. Diabetikų praecom'os ir itin com'os būklėje pastebima ryški branduolių perstūma kairėn (iki pat myelocitų), neutrofilijos lydima; lymfocitų kiekis nepaprastai sumažėjęs; eozinofilių dažniausiai visiškai nebūna. Diabetikų, kurių šlapime susekame tik cukraus, hėmograma paprastai normali.

Diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
1. Diabetikas	0	0	2	15	25	46	6	6	Praecom'os būklė
	0	6	0	0	7	49	30	8	Trumpai prieš išleidž. iš klinikos
2. Diabetikas	1	2	0	0	4	59	26	8	Cukraus 1,6%, acetono 0, acetoacto 0.

IV. Fyzinės pastangos (sportiški pratimai, konvulsija ir t. t.) trumpam laikui sukelia neutrofiliją su branduolių perstūma kairėn, lymfopėniją ir eozinofilių sumažėjimą.

V. Dar paminėtinas vienas hėmogramos savotiškumas, kuris pakėblina hėmogramos aiškinimą, būtent, vadinamasis Arnet'o antagonizmas; jo esmė ta, kad veikiant organizmą vienu laiku dviem įvairiem jauduliam, jie panaikina vienas antro veikimą, ir pasėkoje gauname bemaž normalų kraujo vaizdą, net sunkios ligonio būklės atveju; šitas vyksmas itin ryškiai iškyla, kai gripą pasunkina plaučių įdegimas. Štai pavyzdys prikišamai tam įrodyti.

Čia vienintelis sunkios ligonio būklės požymys — monopėnija, tačiau ji viena dar neduoda pagrindo gąstauti dėl ligonio, juo labiau kad esama lymfocitozės. Sit kaip pasireiškia Arnet'o antagonizmas.

Diagnozė	Ba	Eo	My	Jug	St	Seg	Ly	Mo	Pastabos
Gripas, lydimas abejų plaučių įdegimo	0	4½	0	0	6½	54	33	2	

Dabar trumpai nurodysiu, kuriais sumetimais tektų vadovautis, jei plaučių tuberkulioze sergančio būtų normali hėmograma. Jeigu šitai atrastume daug kartų ištyrę, tai: 1) arba čia esama nežymaus proceso, kuris klinikišku atžvilgiu neturi reikšmės; 2) arba visiškai nėra tuberkuliozės, o pacijento nusiskundimai — ftizofobijos padaras; 3) arba, pagaliau, tuo momentu procesas inaktyvus, ir todėl kraujo vaizdas jo nereaguoja. Tatai svarbu žinoti, nes dažnai progresyvi tuberkuliozė, kuri aiškiai matoma rentgeno nuotraukoje ir net lydima pakilusios temperatūros, hėmogramoje neatsispindi. Kraujo vaizdas apkinta, jei organizmą veikia aktyvus ir progresuojąs procesas, bet patologiško židinio buvimas hėmogramos neveikia. Tokiais atvejais labai pageidaujama Schilling'iškį kraujo vaizdą papildyti erytrocitų nusėdimo reakcija, nes ir panašiais atvejais erytrocitai nusėda pagreitintai. Apskritai visa suėmę, galime pasakyti, kad hėmograma mus įgalina susekti proceso aktyvaciją; ir čia, progresyvumo laipsnį beaiškindami, privalome atsižvelgti į nuolatinę ligonio hėmogramą; antai, lengvais atvejais naujų židinių sukeltoji neutrofilė kovos fazė atiteks mažai tesiskiriančiam nuo normalaus kraujo vaizdui; gi progresyviais atvejais (2 ir 3 laipsnio) nuolatinėje ligonio hėmogramoje jau vyrauja neutrofilė kovos fazė, ir todėl naujų židinių sukeltoji neutrofilė kovos fazė jau nebeatsilieps tiek ryškiai hėmogramoje. Dar tenka pridurti, kad itin sunkiais atsitikimais kraujo vaizdas bemaž nejautrus ir negeba reaguoti net staigų pablogėjimą ar komplikacijas, kaip antai cavern'os pasidarymą, bronchopneumoniją ir t. t.

Mano pranešime stengiaus patiekti dėsnius, kuriais vyksta kraujo vaizdo apkitimai; iš tų dėsnių savaime seka hėmogramos aiškinimas ir reikšmė. Tuos dėsnius, pasirėmęs savo ilgamečiais stebėjimais, sudarė Schilling'as; vėliau tuos dėsnius patikrino ir dalinai papildė daugybė šitos srities tyrinėtojų, kurie visi, labai retomis išimtimis, patvirtino hėmogramos jautrumą ir patikimumą. Ir mano paties stebėjimai, būnant I-ojoj Berlyno medicinos klinikoj, prof. Schilling'o stotyje, Goldscheider'io klinikoje ir specialėse laboratorijose, sutvirtino mano pasitikėjimą šituo medicinos tiriamuoju metodu; tą mano įsitikinimą reiškiu, pakartodamas Schilling'o žodžius:

„Kraujo vaizdas tinka vienon eilėn su kitais pagrindiniais ligonio tiriamais metodais, kaip kad pulsas, temperatūros išmatavimas, šlapimo kontrolė, auskultacija ir perkusija; todėl kraujo

vaizdo ištyrimas privalo tapti būtinąja dalimi kiekvieno pagrindinio medicinos tyrinėjimo, itin abejojamais ir sunkiais atvejais".

Autoreferat.

Die Krankheiten werden nach ihrem Verhalten dem Haemogramm gegenueber in 4 Gruppen eingeteilt (ausser den Krankheiten, die keine Wirkung auf das H. haben).

I. Krankheiten mit dem Kurventyp der akuten Infektionskrankheiten; die 3 Phasen nach Schilling folgen der Reihe nach nacheinander: 1) Neutrophile Kampfphase, 2) Monocytaere Abwehr- und Ueberwindungsphase und 3) Lymphocytaer-eosinophile Heilungsphase.

II. Krankheiten mit dem Kurventyp der chronischen Infektionskrankheiten; die 3 Phasen treten nebeneinander auf, wobei bei den virulenten Erkrankungen die neutrophile Kampfphase das Bild beherrscht, waehrend bei den wenig virulenten Erkrankungen die 2 und 3 Phase in den Vordergrund treten.

III. Eosinophile Krankheiten; ausgesprochene Hypereosinophilie im H.

IV. Eigentliche Blutkrankheiten.

An der Hand von selbst beobachteten Faellen werden die charakteristischen Varaenderungen des H. bei den ersten 3 Gruppen besprochen. Da die Veraenderungen des H. sich durch eine bestimmte Gesetzmaessigkeit auszeichnen, so wird dadurch die Moeglichkeit gegeben nach dem H. den Zustand des Patienten zu beurteilen. Es wird eine Reihe von Krankheiten angefuehrt, die obwohl sie nicht infektioeser Natur sind, doch wesentlich Veraenderungen im H. hervorrufen; dies muss bei der Deutung des H. beruecksichtigt werden. Genauer wird auf die Deutung des H. bei der Tbc. eingegangen.

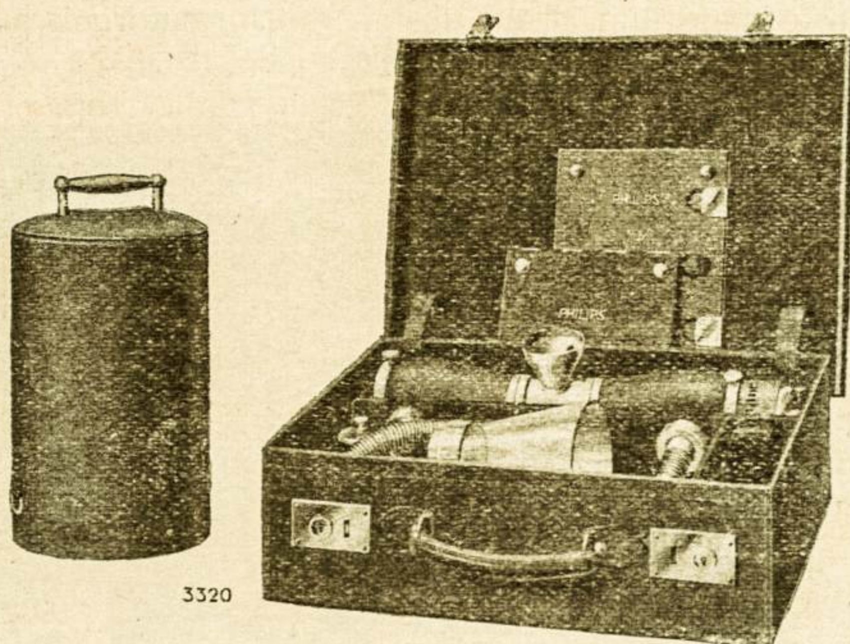
Auf Grund eigener, sowie in der Literatur veroeffentlichten Erfahrungen gelang Vortragender zu der Ueberzeugung, dass das H. in eine Reihe mit den wichtigsten klinischen Untersuchungsmethoden, wie Puls, Temperaturmessung, Urinuntersuchung usw. eingereiht werden muss.

Dr. B. Zacharinas (Kaune).

Naujas kilnojamas rentgeno aparatas „Metalix".

Idėja sukonstruktuoti lengvą, patogų kilnojamąjį rentgeno aparatą—nenaujiena. Jau seniai daugelis firmų dėjo pastangų ir mėgino padaryti tokį aparatą. Visos tos pastangos ir mėginimai liko be vaisių. Tik Olandijos firmai „Philips" po ilgų bandymų ir didelio triūso pavyko padaryti tikrai lengvas, patogus, kilnojamas rentgeno aparatas. Jau 1925 mt. firma „Philips" užpatentavo Anglijoj šitą savo išradimą. Dar ilgą laiką po užpatentavimo jį savo dirbtuvių mokslo labaratorijose mėgino ir tobulino savo išradimą. Tik 1927 mt. lapkričio mėn. pirmą kartą rentgenologų ir elektrologų draugijoj Amsterdame aparatas buvo viešai demonstruotas, o metais vėliau, t. y. 1928 mt. lapkričio mėn., šituo nauju rentgeno aparatu buvo padaryta plaučių nuotrauka Anglijos sergančiam karaliui Jurgiui, jo rūmuose. Karaliaus leibmedikai nenorėjo tikėti, kad šituo mažu aparatu galima būtų pasiekti bet-kokių teigiamų vaisių. Raudonojo Kryžiaus kilnojamasis rentgeno aparatas buvo taip pat autovežimu atgabentas ir laukė

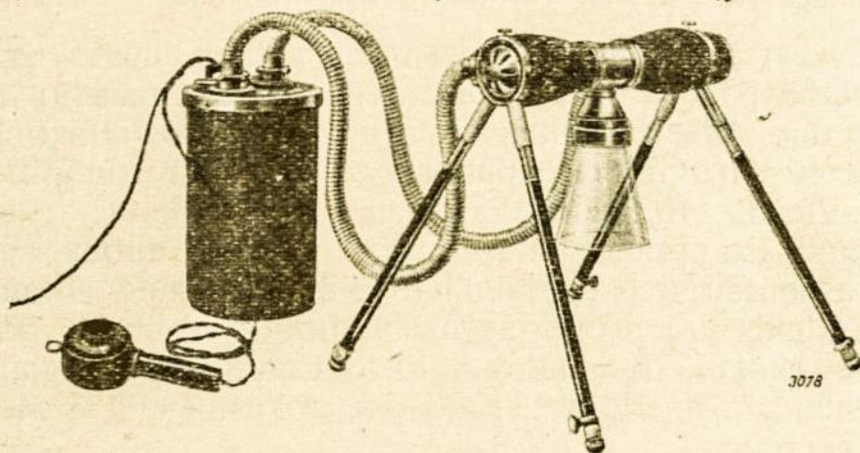
rūmų kieme dėl viso ko, kol buvo padaryta nuotrauka. Nuotrauka pasisekė puikiausiai ir Raudonojo Kryžiaus rentgeno kilnojamasai 500 kl. svorio „gigantas“ išvyko. Nuo to laiko rentgeno aparatas „Metalix“ pagarsėjo, įgijo pasisekimo ir susidomėjimo.



Rentgeno aparatas „Metalix“ išardytas ir sudėtas čemodane.

Aš čia trumpai aprašysių jį, atvaizduosiu jo scheminę sudėtį ir veikimą.

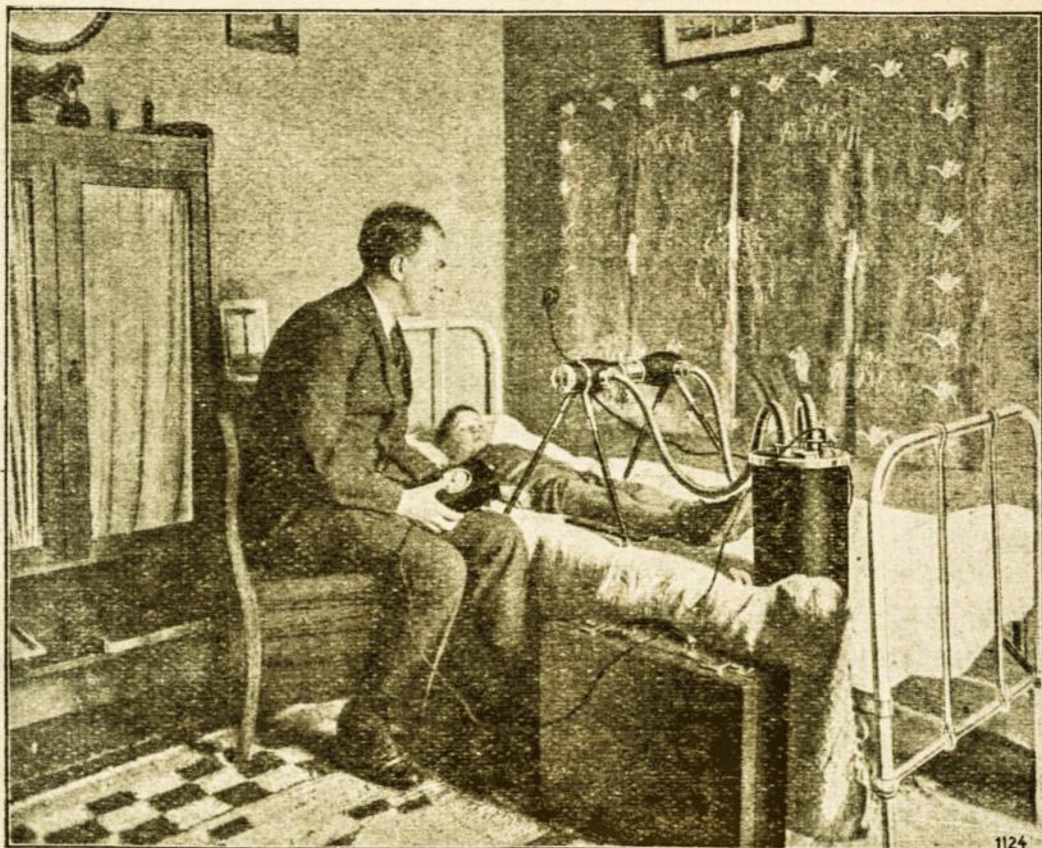
Jis susideda iš rentgeno vamzdžio—„Metalix“, kuris guli ant ištraukiamojo keturkojo štatyvo, iš transformatoriaus ir laikrodžio. Aparatas veikia kintamąja 220, 127 ir 110 voltų srove, bet, jeigu aplinkybės neleidžia naudotis kintamąja srove, tai galima naudoti ir nuolatinę srovę, bet tada reikalinga įjungti umformeris, kuris nuolatinę srovę pakeičia kintamąja.



Rentgeno aparatas „Metalix“ stovi ant stalo.

Pats vamzdis apgaubtas iš visų pusių metaline mufta, kuri yra sujungta su žeme. R.-spinduliai išeina pro mažą muftos langelį iš po apgaubto vamzdžio vidurio, kuris pridengtas 2 mm. storio aliuminio filtru. Šita uždanga apsaugo ligonį nuo erytemos. Aparatui veikiant, viduryje iš pryšakio, aukščiau langelio, užside-

ga maža šviesa, vadinamas kontrolinis signalas. Viename vamzdelio gale yra ventiliatorius, kuris aušina vamzdį bedirbant, jei tenka daryti daugiau kaip 3-4-15 sekundžių peršvietimų. Ventiliatorius galima sujungti štepseliu su kintamąja ir nuolatine 110, 127 ar 220 voltų srove. Galima ventiliatorius taip pat sujungti ir su transformatorium. Tam tikslui transformatoriaus paviršiuje, pačiame vidury yra atskiras štepselis su lizdais.



Rentgeno aparatu „Metalix" daroma nuotrauka ligoniui, gulinčiam lovoj.

Štatyvas, ant kurio guli r-vamzdis, galima daugiau ar mažiau ištraukti arba įstumti ir tuo būdu reguliuoti vamzdelio nuotolis (fokusas) nuo kasetės. Paprastai, aparatui stovint, jo fokusas yra lygus 40 cm. Gi šitas aparatas gali veikti ir trumpu ilgesniu fokusu — 20, 30, 40, 50 ir 65 cm.

Fokuso trumpumo pliusas yra tas, kad duoda ryškesnes nuotraukas ir taupo energiją. Jau iš fizikos mes žinome, kad energijos kiekis yra proporcingas nuotolio kvadratui. Pav., darant nuotraukas vieno metro ilgio fokusu, mes išeikvojame 50 M. A. sekundžių energijos, su 30 cm. fokusu — tik 5 M. A. sekundžių energijos.

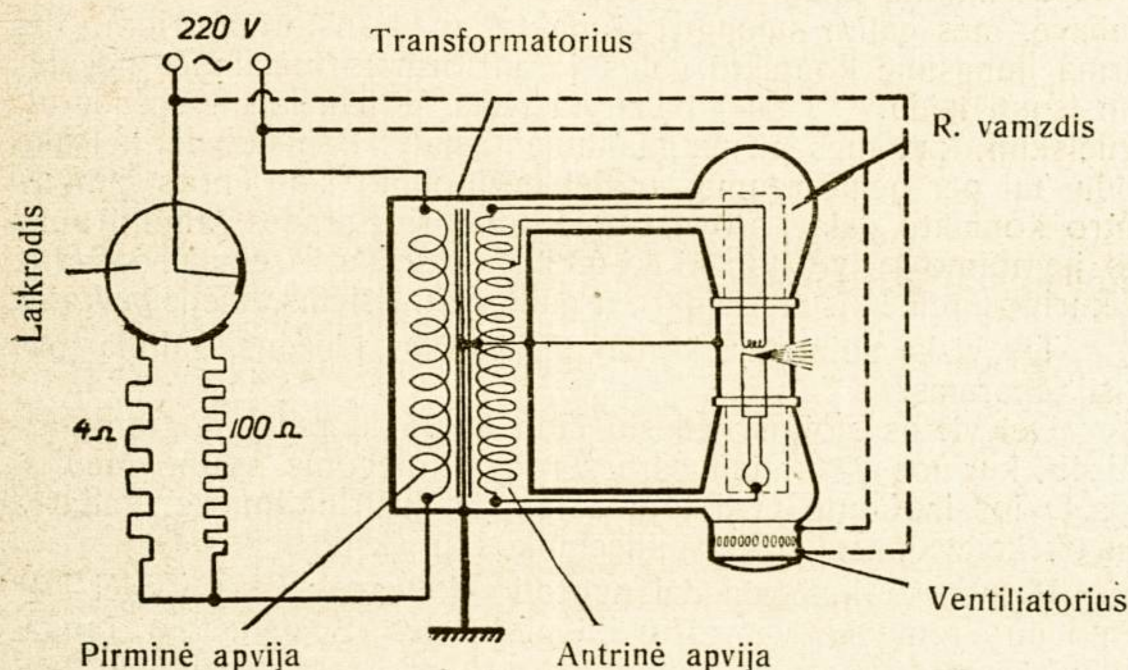
R-vamzdis su štatyvu ir su dviem padengtais metalo kabeliais guli specialiniame kofery. Ten pat yra stiklinis tubusas, kuris uždedamas ant langelio, pro kurį išeina r.-spinduliai, kad tie spinduliai būtų labiau sukoncentruoti.

Darant dantų nuotraukas, vietoj šito Bleiglas tubuso, užde-

damas juodas konusas; konuso galas dedamas prie veido vis-à-vis to danties, kurio nuotrauka daroma.

Aukštos įtampos transformatorius, kurio širdėsas yra padarytas iš tam tikrai parinktų labai riboto dydžio, specialės geležies plokštelių, yra mažesnis negu paprastai; jo antrinė apvija yra sujungta su žeme. Už jo patvarumą ir ilgalaikį naudojimą yra garantuota bandymais. Dėka mažai pirminės apvijos varžai, antrinės apvijos įtampa mažiau svyruoja, negu pirminė įtampa. Antrinė įtampa beveik nesikeičia, leidžiant į transformatorių 180 arba 220 voltų srovę.

Dabar atkreipkime dėmesio į aparato schemą (žiūr. schemą). Štai iš štepselio įeina į transformatoriaus pirmines apvijas



Philips „Metalix" aparato schema.

220 v. kintamoji srovė. Indukcijos pagelba antrinėje apvijoje gaunama aukšto įtempimo srovė, kuri eina per 2 kabelius į R-vamzdį, kai mes užsukame laikrodį ir spaudžiame raudoną mygtuką. Apsaugoti vamzdžiui nuo staigių aukštos įtampos srovės impulsų leidžiamajame laikrodyje įvesta į pirminės srovės grandinę 100 Ω pasipriešinimas, kas duoda aparatui mažesnę srovę vamzdžiui įkaitinti. Momentui praėjus, automatiškai įsijungia kitas pasipriešinimas 4 Ω, kuris ir duoda darbo srovę. Tuo būdu aparatas veikia švelniai, be potrukčių. Turint galvoj laikrodžio savybes, reikalinga pirma įjungti srovė, o vėliau užsukti laikrodis ir spausti mygtukas.

Aparatas, kaip jau minėta, veikia kintamąja 220, 127 ir 110 v. srove.

Nėsant kintamosios srovės, galima naudotis ir nuolatine srove, bet jau vartojant umformerį, kuris perdirba nuolatinę srovę į kintamąją.

Transformatorius turi ir savo štepseliius 220-čiai, 127 ir 110-čiai voltų. Pas save aš dirbu umformeriu, nes neturiu kintamos srovės, o čia dėka kintamai srovei umformeris nereikalingas.

Dabar sustatysime ir sujungsime aparatą.

Štai vamzdis ir štatyvas. O štai du kabeliai, kurių liuosi galai apsaugoti metaliniais cilinderiais. Nušriubuosim ir liuosus galus įsuksim į transformatoriaus lizdus, kuriuos pamatysime, kai nusuksime transformatoriaus rankeną. Vienas kabelio galas paženklintas raudonais taškais ir tokiais pat taškais paženklintas ir vienas transformatoriaus lizdas. Taigi, atatinkamai tiems ženklams įsuksime laidą su raudonais taškais į lizdą su tokiais pat taškais, o nepaženklintą laidą — į nepaženklintą lizdą. Tik tuo būdu išriubavę, mes galim sujungti kontaktą su transformatorium. Jei pirma įjungsime kontakto galus į transformatorių, tai mes negalėsim įsukti laidų. O tatai padaryta tyčia, dirbančiajam apsaugoti. Prileiskim, kad mes pirma galėtumėm įstatyti kontaktą dar neįsukę laidų, tai per neatsargumą, ar dėl nežinojimo kam-nors įjungus antro kontakto galą į srovę, transformatorius pradės gaminti aukšto įtempimo srovę, nuo 45 iki 63 kilovoltų, kuri išeina pro lizdus (į kuriuos reikės įsukti laidai), ir gali gresti visiems didelis pavojus.

Tik viską sujungus, kontaktus įstačius į lizdus, galima paleisti aparatas.

Dėl vietos stokos nedėsiu čion tų 35-ių rentgenogramų atvaizdų, kuriuos aš turėjau garbės rodyti kolegoms Kauno Medicinos D-jos ir Kauno Gydytojų Sąjungos susirinkimuose. Padarysiu tik keletą pastabų dėl jų technikos ir ekspozicijos.

Pirma eile kalbėsiu dėl nuotolio (fokuso — F), t. y. dėl atstumo nuo rentgeno vamzdžio iki plokštelės. Suaugusiojo ranka, alkūnė, žastas, pėda, blauzda ir galva, kūdikio ranka, alkūnė, žastas, pėda, blauzda, kelio ir klubo sąnariai, šlaunis ir galva reikia rentgenografuoti paėmus nuotolį 40 ctm. Suaugusiojo nugarkaulis, kelio sąnarys, šlaunis, klubo sąn., dubuo ir pyelografija reikia rentgenografuoti nuotoliu 50 ctm. Kūdikių plaučių rentgenografijai reikia imti nuotolis 50 — 55 ctm., suaugusių gi — 60 — 65 ctm. Nuotolis reguliuojamas štatyvo kojas ištraukiant.

Kai dėl ekspozicijos, tai nurodymai anoj automatiško laikrodžio pusėje nevisiškai sutinka su tikrenybe. Pavyzdžiui: kelio sąnario r-ma su F 50 ctm. anot laikrodžio reikalauja $2^1/_2$ sek. ekspozicijos, bet faktinai reikia eksponuoti 3 — $3^1/_2$ sek; nugarkaulio kaklo srities slankstelių r-mai laikrodis reikalauja $1^1/_2$ sek., ištikrųjų reikia eksponuoti 3 sek.; pėdos r-mai reikia ne 1 sek., bet 2-$2^1/_2$ sek.; žodžiu, reikia ilgiau eksponuoti negu nurodyta firmos.

Rankos (riešo) sąnario r-ma geriau daryti su folijomis, tenka tik eksponuoti ne 2 sek., bet $^1/_2$; alkūnė — ne 4, bet tik 1 sek.

Gipse privalome eksponuoti 2 — $2^1/_2$ kartų ilgiau negu be gipso.

Plaučių rentgenogramos riebesniems žmonėms „Metalix" — aparatu nepatarčiau daryti. Vaikams ar plonesniems suaugusiems reikia daryti paėmus F = 60 — 65 ctm. eksponuojant 1, $1^1/_2$ ar 2 sek. Tos r-mos išeina gan gerai. Jei štatyvo plaučių nuotraukoms neturite, tai paimkit kėdę aukšta atrama, pasodinkit ligonį raitą, atkreipę veidą į atramos pusę, nugarą prieš aparatą; tarp ligonio krūtinės ląstos ir kėdės atramos dėkit kasetę ir prašykit, kad ligonis gerokai prispaustų kasetę savo krūtine prie atramos; rankomis tegul jis pats palaiko iš anos atramos pusės (neva apgaubęs atramą) kasetę. Tubuso centras reikia statyti vis- à -vis 4-5 krūtinės slankstelio. Kad ligoniui nesunku būtų užlaikyti kvapas $1^1/_2$ — 2 sek., reikia jam užimti nosis ir paprašyti išlengva pasipūsti. Tas būdas, pasak d-ro Laurinavičiaus, yra vartojamas Karaliaučiaus universiteso vidaus ligų klinikoje. Visiems nuotraukoms reikia būtinai vartoti tubusas, kitaip r-os iseina neužtektinai ryškios ir normalios ekspozicijos jau nepakaks.

Iš visa to galima padaryti šios išvados:

1) Aparatas, be abejojimo, yra lengvas ir portatyvus.

2) Su juo lengva dirbti tiek gydytojams kabinete, tiek prie ligonio ovos klinikoje (palatoje) ir ligonio bute.

3) Aparatas ypačiai tinka: a) kaulų nuotraukoms, b) plaučių nuotraukoms, nors reikalingos ekspozicijos nuo 1 iki $2^1/_2$ — 3 sek.; čia kaip tik ir pasirodo aparato minusas, palyginti su plaučių nuotraukomis didelių aparatų,reikalingų ekspozijos $^1/_{25}$ — $^1/_{10}$ — $^1/_5$ — $^1/_2$ sek.; bet ir mūsų plaučių nuotraukos neblogai išeina: c) šlapimo pūslės rentgenogramos patenkinamos; d) pyelografijai taip pat tinka; e) skrandžio — žarnų nuotraukoms jis netinka; apskritai jos turi reikšmės tik serijose(4 — 8 — 12 nuotraukų) per tam tikrą laikotarpį; f) kaulų prašvietimai geri: g) plaučių — širdies prašvietimai laibesniems žmonėms taip pat geri; h) patenkinami pripratus skrandžio-stemplės prašvietimai laibesniems.

4) Šituo aparato konstrukcijos negresia joks pavojus nei pacijentus nei aptarnaujančiam aparatą personalui (susijungimas metalinių apvijų — vamzdžio muftos su žeme bei aliuminio filtras).

5) Nekomplikuotas aparato aptarnavimas,pastovumas visų jo funkcijų (srovė, įtampa, fokusai ir t. t.). Vienas didelis minusas aparato yra tas, kad negalima daugiau paleisti srovės ar jos įtampos pakeisti (skrandžio-žarnų, inkstų nuotraukos be kontrastpreparatų, ferne-Aufnahmen). Nežiūrint į tai, visgi aparatas savo paprastumu pasiekia savo tikslą.

6) Aparatas visiškai netinka rentgeno terapijai.

7) Jo gera ypatybė ta, kad jisai eikvoja labai mažai energijos.

8) Aparatas tinka naudoti kintamąją 110, 127 ir 220 voltų srovę, tinka naudotis ir nuolatine srove, bet tik įjungus umformerį. Tinka, kas svarbiausia, naudotis kaime, kur visiškai nėra elektros energijos. Tam tikslui „Philips'o" firma yra išleidusi specialų portatyvinį benzino - elektrinį agregatą.

Dr. Jacevičaitė.

Valstybinės Kauno ligoninės Rentgeno skyriaus 1929 m. apyskaita.

1929 metais V. Kauno ligoninėj rentgeno spinduliais tirta 2.186 ligoniai. R-no nuotraukų padaryta 2.041, prašvietimų 1.257. R-no spinduliais buvo gydomi 254 ligoniai, jiems padaryta 1.237 švitinimo seansai.

Ultravioletiniais spinduliais gydyta 130 ligonių, jiems padaryta 2.192 švitinimo seansai.

R-no skyriaus *darbo eiga mėnesiais* žiūr. lentelėj Nr. 1.

Lentelė Nr. 1.

Mėnesiai	R-no diagnostika				R-no terapija				Kvarco lempa			
	Nuotraukų		Prašvietimų									
	Ligonių	Nuotraukų	Ligonių	Prašvietimų	Iš viso ligonių	Seniau gydytų	Naujai gydomų	Seansų	Iš viso ligonių	Seniau gydytų	Naujai pradėtų	Seansų
Sausio . . .	171	189	48	121	32	16	16	65	25	9	16	234
Vasario . . .	111	126	24	72	25	14	11	66	21	13	8	195
Kovo	125	145	36	104	37	22	15	130	30	10	20	217
Balandžio . .	167	202	35	95	36	15	21	81	39	20	19	383
Gegužės . .	133	156	41	119	52	27	25	154	32	27	5	187
Birželio . . .	159	188	48	148	49	21	28	93	9	6	3	102
Liepos . . .	176	206	36	107	58	27	31	151	7	5	2	63
Rugpjūčio . .	137	154	24	63	42	24	18	97	7	3	4	70
Rugsėjo . . .	127	156	34	109	36	20	16	100	12	6	6	124
Spalių . . .	160	183	42	117	36	19	17	126	22	8	14	241
Lapkričio . .	141	166	34	117	30	17	13	80	22	13	9	193
Gruodžio . .	149	170	28	85	38	28	10	94	20	7	13	183
	1756	2041	430	1257	471	250	221	1237	246	127	119	2192

R-no diagnostikoje įregistruotos šios ligos:

1. Artritų 7
2. Auglių 28
   iš jų: kaulų 16
   plaučių 2
   stemplės 1
   šlap. pūslės . . . 1
   skrandžio 8
3. Fraktūrų 358
   iš jų: viršutinių galūnių . 104
   apatinių galūnių . . 172
   kitų kaulų . . . 82
4. Inkstų akmenys . . . 4
5. Įvairių inkstų susirgimų . 53
6. Įvairių šlapimo takų susirg. 12
7. Įvairių plaučių susirgimų . 193
8. Įvairių skrandžio susirg. 22
9. Įvairių stemplės susirgimų 5
10. Įvairių audinių sukaulėjimų 2
11. Kaulų anomalijų . . 3
12. Nirimų 25
13. Osteomyelitų . . . 88
    iš jų: viršutinių kaulų galūnių 17
    apatinių kaulų galūnių . 60
    kitų kaulų 11
14. Pašalinių kūnų . . . 54
15. Pleuritų 38
16. Sinusitų 9
17. Spondilitis deformans . 43
18. Stemplės stenozių . . 10
19. Širdies ir stambiųjų kraujo indų ligų . . . 10
20. Tbc. 479
    iš jų: plaučių 221
    kaulų viršutinių gal. . 53

kaulų apatinių gal. . 179 21. Žarnų susirgimų . . . 4
nugarkaulio . . . 6 22. Kaulų deformacijų . . 10
kitų įvairių kaulų . . 20 23. Neaiškios diagnozės . . 8

Patologiškų pakitimų nerasta 312 atvejų.

R-no terapija. R-no spinduliais gydytos ligos įrašytos lentelėj Nr. 2.

Lentelė Nr. 2.

Eil. Nr.	DIAGNOZĖ	Išgijo	Pagerėjo	Be pakitimo	Nebaigta gydyti	Bendras skaičius
1	Augliai blogybiniai	4	9	16	20	49
2	Augliai gerybiniai	—	—	—	1	1
3	Ekzema	9	5	—	2	16
4	Favus capitis	2	—	—	—	2
5	Favus unguis	1	—	1	—	2
6	Furunculosis	1	—	—	—	1
7	Gleivinės tbc.	—	—	2	1	3
8	Gonitis gonorrhoica	—	1	—	—	1
9	Gonitis reumatica.	—	—	—	1	1
10	Hylusitis	—	—	—	2	2
11	Hypersalivatio parotis	—	—	—	1	1
12	Kaulų tbc.	5	15	1	43	64
13	Kraujo gamin. organų ligos	—	3	1	1	5
14	Lymphadenitis tbc.	4	9	1	8	22
15	Lymphogranuloma	—	3	3	—	6
16	Lupus erythematodes	—	—	—	1	1
17	Lupus vulgaris	8	10	—	7	25
18	Morbus Basedovi	—	—	—	1	1
19	Myositis	—	—	—	1	1
20	Odos tbc.	1	1	—	3	5
21	Po operac. auglių švitinimas	6	14	1	4	25
22	Prostatos hypertr.	—	6	—	1	7
23	Sausgyslių tbc.	—	1	—	—	1
24	Ulcus rodens	—	7	—	5	12
		41	84	26	103	254

Prašvietimai:

1. Krūtinių 123
2. Stemplės 17
3. Skrandžio 281
4. Žarnų 6
5. Lokalizacija pašalinių kūnų. 3

Ultravioletiniais spinduliais gydyta:

1. Akne vulg. 2
2. Alopecia 5
3. Anaemia 15
4. Apicitis 6
5. Arthritis 1
6. Bronchitis 5
7. Ekzema univ. . . . 1
8. Emphysema 2
9. Funiculocele . . . 1
10. Gastritis 1
11. Hylusitis 14
12. Ischias 5
13. Lupus vulg. 7
14. Lymphadenitis tbc. . . 6
15. Mastitis 2
16. Myositis 1
17. Neuralgia 1
18. Neurasthenia . . . 3
19. Neurosis cor. post endocard. 2
20. Osteomyelitis . . . 2

21. Peritonitis tbc.	1	28. Rachitis	1
22. Peribronchitis	1	29. Tbc. gleivinės	1
23. Pleuritis adhaes	2	30. Tbc. kaulų	3
24. Pleuritis exsudat.	3	31. Tbc. pulmonum	20
25. Pleuritis sicca	3	32. Tbc. odos	1
26. Polyarthritis reumat.	4	33. Tbc. renis	4
27. Polyserositis tbc.	2	34. Tendovaginitis tbc.	1

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

10. Dr. Steinfeld (Mannheimas): **Behandlung der multiplen Sklerose mit Goldinjektionen.** (Sclerosis multiplex gydymas aukso injekcijomis). („Kl. W.“ 1930, Nr. 8).

Iki šiol vis neturime vaistų, kurie duotų neabejotiną gerą efektą gydant sclerosis multiplex. Pastaruoju laiku Steiner'iui pavyko smegenyse ligonių, sergančių scler. mult., surasti spirochetos ir suprantama, kad mėginta buvo paveikti liga neosalvarsanu, sidabro - salvarsanu, germaninu ir kit. Bet nevisada šitais preparatais gaunama įtikinamų rezultatų.

Eksperimentuojant gyvulius rasta, kad aukso preparatai turi didelės gydomos galios. Autorius pavartojo 20 atsitikimų scler. mult. ligos preparatą „solganal“ (intra venam) ir „solganal B“ (intra muskul.), Schering - Kahlbaum firmos. Pradedama mažomis dozėmis, nuo 0,01, pamažu keliama iki 0,25—0,5 gr. pro dosi. Dažnai po injekcijų pasirodo išbėrimas su mažu karščiu, bet viskas greit pranyksta: dėl šito nereikia nutraukti gydymo solganaliu. Gydymo efektas: spazmai mažėja, klausa gerėja. Ligos pradžioje 3-mis atsitikimais įvyko visiškos remisijos. Vėlesnėj ligos stadijoj remisijos taip pat įvykdavo dar, tik patolog. refleksai (pilvo Babinski, Oppenheim) palikdavo. Po 1½ metų visi šitie pacijentai dar laikosi gerai, neatkrito atgal. *Dr. Pūdymaitis.*

11. Dr. Dr. Taterka ir Goldmann (Berlynas - Neikelnas): **Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten als Diagnosticum und therapeutischer Masstab bei Schildrüsenerkrankungen.** („Kl. Wochenschr.“ 1930, Nr. 7).

Pasirodo, kad medžiagos apykaitos nustatymas (Grundumsatzbestimmung) hyper -, ar hypothyreoidozėse toli gražu neturi tokios vertės, kurios turi dabar kraujo nusėdimo sekimas šitose ligose. Pastarasis būdas ir tikslesnis ir žymiai prastesnis. Rasta, kad juo sunkiau intoksikuotas organizmas hyperthyreoidozėje, juo nusėdimo laikas greitesnis. Linzenmeier'io metodas. Kraujo nusėdimo sekimas duoda mums taip pat galimumo kontroliuoti, ar rentgenoterapija turėjo efektą, ar ne. Tik reikia atsiminti, kad rentgeno spinduliai turi iš savo pusės įtakos nusėdimo laikui ir šitas veikimas tęsiasi apie 1 savaitę. Taigi, tik po 10—14 dienų po paskutinio švitinimo galima vėl pradėti sekti kraujo nusėdimas. Hypothyreoidozėse nusėdimo laikas palėtintas. *Dr. Pūdymaitis.*

12. Prof. Rosenow (Berlynas): **Behandlung der perniziösen Anämie mit getrocknetem Schweinemagen.** (Anemia perniciosa gydymas džiovintu kiaulės skilviu). („Kl. Wochr.“ 1930, Nr. 14).

U. S. A. mokslininkai Minot ir Murphy parodė mums, kad anaemia perniciosa galima pagydyti kepenimis; dabar kiti amerikiečiai (Castle) parodo mums dar ir kitą, labai įdomų gydymo būdą. Castle pareiškė, kad achylia prie anaemia perniciosa nėra kažkas symptomiška, bet ji gali būti netgi ligos priežastimi. Jisai įtarė neganėtiną arba netin-

kamą baltymų suskaldymą skilvy. Jisai daugeliui ligonių, sergančių anaemia perniciosa, davė per 10 dienų kasdien po 200—300 gr. šviežios, nevirintos mėsos. Kraujo vaizdas nepasikeitė. Tada jis tą pat mėsą davė jau suvirškintą 1 val. (sveikų žmonių skrandžiuose) kartu su HCl ir dabar hėmoglobino kiekis, taip pat erytrocitų skaičius greit ėjo aukštyn. Castle mano, kad achyliniame skrandyje ligonių, sergančių an. pern., stinga reikalingo enzymo. 3 kiti autoriai: Sharp, Sturgis ir Isaacs tęsė Castle'io bandymus toliau. Jie tiesiog davė ligoniams, sergantiems an. pern., šviežio, atsargiai džiovinto kiaulių skrandžio milteliais, po 20—30 gr. kasdien; tat atatinka maždaug 100 gr. nedžiovinto skrandžio. Visiems ligoniams veikiai pradėjo kilti hėmoglobino ir erytrocitų kiekis ir po kelių savaičių pasiekė normos.

Remiantis šitais pasisekimais ir autorius pamėgino džiovintu kiaulių skrandžiu gydyti anaemia perniciosa. Preparatą pagamino Amerikos pavyzdžiu Degewop A.-G. Abi ligonės pasveiko: viena jų turėjo tik 45% Hb. ir 1.750.000 erytrocitų, po 2 savaičių gydymo buvo jau 65% Hb. ir 3.400.000 erytr., po 6 savaičių kraujo vaizdas buvo jau normalus. Antroji ligonė atvyko su 30% Hb. ir 1.040.000 erytr., po 2 savaičių gydymo buvo jau 50% Hb. ir 2.100.000 erytr., normalus kraujo vaizdas buvo pasiektas po 8 savaičių. Šita ligonė turėjusi ir funikulariniо myelito symptomus, bet šitie nepasidavė gydymui. Taip pat neveikia šitas gydymas achylijos. Buvo gydyti šituo būdu ir ligoniai, sergą anaemia secundaria (Ca., lymphadenosis), bet šitos nehėmolitinės anėmijos taip pat nepasidavė gydymui, kaip jos nepagydomos ir kepenimis.

Degewop preparatas vadinamas „ventraemon". Jo reikia kasdien imti arba 3 tabletės, arba 20—30 gr. miltelių (su vandeniu, pienu arba bulionu). Materialiu atžvilgiu gydymas džiovintu skrandžiu 3 kart pigesnis negu gydymas kepenimis, gydymo rezultatai gi visai tie patys.

Dr. Pūdymaitis.

VAIKŲ LIGOS.

3. Dr. Fedders (Ryga): **Ein 5 Jahre beobachteter Fall von Circumincisiontuberkulose** (5 metus stebėtas atsitikimas tuberkuliozės nuo apipjaustymo). („Mon. f. Kinderheilk." B. 38, p. 537).

Aprašytas kliniškai pagijęs atsitikimas su retai ilgu stebėjimo laiku. Berniukas, 1 mėn. amžiaus, buvo atgabentas policijos į kliniką su apipjaustymo žaizda ant penio, stipriai infiltruotais kraštais. Kirkšnių liaukos kietos, įdegtos. Sachs - Georgi su kraujo serumu negativ. Tuberkulino reakcijos - Pirquet ++. Tepinėliuose iš žaizdos tbc. bacillų nerasta, ekstirpuotoj diagnostikos tikslams ingvinalinėj liaukoj Kocho bacillų rasta. Gydymas: ol. jecoris aselli su calcium chlorat., Ponndorf 4 kart, normalserumas à 1,0 kasdien po oda; nėsant vietinio pegerėjimo buvo paskirti kvarco lempos švitinimai bendri ir vietiniai, kurios spinduliams veikiant žaizda užgijo. Vėliau vaikas augo ir sulaukęs 5 metų amžiaus neatsiliko nuo kitų prieglaudos auklėtinių vaikų. Literatūroj aprašyta 58 atsitikimai tuberkuliozės nuo apipjaustymo, iš jų pirmus metus pergyveno tik 21.

Dr. V. Tercijonas.

4. Prof. Engel: **Praxis der Säuglingsnahrung mit Buttermilch** („Deut. Med. Wschrift." 1930, Nr. 11).

Pasukų maistas turįs didelės vertės maitinant kūdikius ir sunkiai išvengiamas susirgus kūdikiui viduriavimu. Praktikoje pasukų vartojimas esąs apsunkintas tuo, kad ne visuomet esą galima turėti švarių, tinkamų vartoti pasukų. Praktikuojąs gydytojas dažniausiai priverstas vartoti pasukų konservus. Paprastai konservuotos pasukos turi vis dėlto perdaug vandens. Naujas pasukų preparatas „eledon" labai palengvinąs pasukų

vartojimą praktikoje. Jis lengvai ir greitai tirpsta; turi pastovų rūgštumo laipsnį ir 1,5% riebalų. Autorius remiasi vaikų ligoninės praktikos patyrimais ir tikrina, kad „eledon", kaipo pasukų konservai, esąs vertingas preparatas ir garantuojąs praktikuojančiam gydytojui pasisekimą kūdikius maitinant. Nes visa, kas galima atsiekti skiriant kūdikiui pasukų maistą, atsiekiama „eledono" pagalba. *Dr. Oleiskienė.*

S. O. P. T i m o f e j e v a (Leningradas): Об алиментарной интоксикации у грудных детей. („Педиатрия", tomas XIII, 1929, Nr. 6).

Surinktos žinios apie 95 atsitikimus krūties kūdikių intoksikacijos. ²/₃ visų ligonių buvo priimti vasarą, toliau eina pagal dažnumą — pavasaris, ruduo ir žiema. Daugumos ligonių amžius — antra ketvirtis pirmųjų metų—dauigau kaip trečdalis visų susirgimų, toliau eina trečia ketvirtis—⅓ ligonių, pirmai ir paskutinei ketvirčiai tenka beveik vienodai, t. y. dažniausiai intoksikacija sergą kūdikiai amžiaus tarp 3 ir 9 mėn. Skaitant pirmą pusę pirmos savaitės dar šviežiu susirgimu, išeina, kad mažesnė ligonių dalis buvo priimti ankstybame ligos perijode, dauguma buvo paguldyta antroj pusėj pirmos savaitės, ir vėliau šitie duomenys turi nemaža reikšmės, nes nuo jų pareina mirtingumas. Ligonių m i t y b a: maža eutrofikų (17%), daugiau su bloga mityba (distrofikai sudaro 73%, atrofikai — 8%). M a i t i n i m o būdas: naturaliai maitintų 6%, mišriai maitintų 52% ir dirbtinai — 40%. Iš grupės krūtim maitintų kūdikių visi buvo žindomi ir tik vienu atsitikimu kūdikis gaudavo kartą per dieną nutrauktą pieną; iš tos grupės (iš viso 6 kūdikiai) pasveiko tik 2. Bendras mirtingumas sudaro 72,5%. Pastebėta, kaipo taisyklė, kad kuo vėliau guldomi ligoniai, tuo aukštesnis mirtingumo procentas. Kliniškas ligos vaizdas — vėmimas ir viduriavimas buvo nuolatiniai reiškiniai, temperatūra neturėjo aiškaus taisyklingumo — kartais siekė 39^0 ir 40^0, kitais atvejais t^0 buvo subfebrilė arba normali. Sąmonė buvo užgauta visų, bet ne vienodai: vieni būdavę sujaudinti ir neramūs, kiti gulėjo apatiški, prostracijoj. Svoris visų vaikų trumpu laiku žymiai krisdavo nuo 600 iki 1000 gr. Komplikacijos iš inkstų pusės: šlapime baltymas, cukrus, nuosėdose granuliuoti, epiteliniai cilindrai, taip pat leukocitai ir erytrocitai.

G y d y m a s: bado dijeta, kova su eksikacija ir atsargus perėjimas prie motinos pieno. Bado dijeta buvo skiriama ne trumpiau kaip vieną parą ir net iki 2-jų; nuo badavimo nykdavo toksiški simptomai, liaudavosi vėmimas, sąmanė aiškėdavo, širdies veikimas pagerėdavo. Prašalinti eksikozei įvedamas skystimas (150 ccm. pro 1 kg. svorio), skiriama šalta arbata su 2% cukr. pusiau su Ringeriu mažomis porcijomis po 10,0 — 20,0 kas ¹/₄ val. Įvedant skystimą kitais keliais — po oda arba intra peritoneum buvo mėgiamas antras būdas, kaipo mažiau skausmingas, šituo būdu galima įpilti daugiau skystimo. Įdūrimo vieta — linea alba tarp viršutinio ir vidurinio trečdalio atstumo nuo bambos iki symfyzies; oda suimama į raukšlę, adata įduriama 45^0 kampu į raukšlę ir, kaip tik adata praeina peritoneum, leidžiamas skystimas, kurio t^0 turi būti 40^0. Iš 252 intraperitoninių įpylimų tik pas 2 sunkius ligonius po mirties darant sekciją buvo rasta peritonito pradžia; abiejais atsitikimais buvo vartotas Ringerio tirpinys su 4,4% sachari uveae, todėl cukraus skiedinių daugiau nebuvo pilta. Gryno Ringerio įpylimai nedavė komplikacijų. Kiekvienam ligoniui vidutiniškai teko 5,5 įpylimų, iš jų 2,8 intraperitoniniai, kiti — po oda. Perėjimas prie pieno buvo daromas M e y e r'io metodu — duodant ne daugiau kaip 50,0 krūties nutraukto pieno į parą, ir paskui kasdien kiekis pakeliamas 50,0 nežiūrint į vėmimą ir viduriavimą. Mėginta daryti pakartotini skilvio plovimai, bet nematyta ypatingos įtakos ligos eigai. Jie vartoti tik atskirais atsitikimais. Davimas per os 15% maitinamo cukraus skiedinio Schiffo metodo, neparodė jokių pirmenybių, palyginant su kitais motodais. Gerų effektų gauta nuo karš-

tų vonių ir nuo karštų kompresų ant pilvo. Iš vaistų buvo skiriamos koffeino druskos į vidų ir po oda, vienais metais plačiai buvo vartotas adrenalinas su geromis pasėkomis. *Dr. V. Tercijonas.*

UROLOGIJA.

3. B. Ottow (Berlynas): **Durchbruch eines postoperativen Uterusabscesses in die Harnblasse.** (Pooperacinio gimtuvės absceso pratrūkimas šlapimo pūslėn). („Zeitschr. f. G u. G.", 1930, Nr. 5).

Šitas atsitikimas be galo retas, kadangi gimtuvės abscesai retai pasitaiko, o jei ir yra, tai pūliams kelias — pro cavum uteri, į peritoneum'ą ar rectum'ą. Tokių abscesų pasitaiko, jei ne po aborto ar gimdymo, tai tiktai susirinkus pūliams myominiame mazge. Pratrūkti pūslėn toksai abscesas gali tiktai tuomet, kai jisai yra priekinėj gimtuvės sienelėj. Aprašomu atsitikimu abscesas kilo myomą enukleavus iš priešakinės fundus'o uteri sienelės. Klinikiškai — 5 savaites po operacijos iš šlapimo pūslės ėjo pūliai, jau ligonei esant namie. Cystoskopavęs gydytojas diagnozavo „fistula vesicae". Terapija buvo konservatinga: diathermia. Ligonė pagijo. *Dr. T. Goldbergas.*

5. M. Sorretino (Neapolis): **Adnexentzündung als Folge von Appendicitis mit Adnexperforation in die Blase** (Adnexitis kaipo pasėka appendicito su perforacija pūslėn) („Z. f. urol. Chir.", 1929, 28, H. 4/5).

Savaimingas adneksito pratrūkimas šlapimo pūslėn — dalykas nepaprastas: iš visa tokių atsitikimų tėra aprašyta 34, šitasai — 35-tas. Autorius patiekia jaunos moteriškės ligos istoriją, kur adneksito etiologija buvusi appendicitis. Pratrūkimas vidun pasireiškė, kaip paprastai, t° kritimu ir gausinga pūlių priemaiša šlapime. Diagnozė buvo patikrinta cystoskopiškai; padaryta laparotomia, pašalinant appendix'ą, adnextumor'ą ir ekscizuojant fistulišką angą šlapimo pūslėj. Ligonė pagijo. Autorius šalininkas aktingos terapijos — operacijos (Stoeckel'io klinika, atvirkščiai, analogišką atsitikimą pagydė konservatingai. Ref.). *Dr. T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA ir GYNEKOLOGIJA.

5. L. Gotthilf (Praga): **Ueber eine seltene Coitusverletzung.** (Retas coitus'o metu sužalojimas). („Z. f. Gyn. u. Geb." 1930, Nr. 4).

Pacijentė, 23 metų amžiaus, atgabenta į kliniką smarkioj anėmijoj. Prieš valandą buvusio coitus'o metu ji pradėjusi smarkiai kraujuoti. Nei ji nei jos vyras nebuvę girti; padėtis coitus'o metu buvusi normali. Buvo incontinentia alvi. Pasirodo, buvęs nesusiūtas 3 laipsnio trūkis perinei, įvykęs begimdant prieš 1½ metų. Spaudimu nebuvo galima kraujavimo sustabdyti. Kraujuoją indai nematomi. Susiūta ir po 3 savaičių padaryta plastika (pirmoji siūlė išsiskyrė dėl infekcijos).

Priežastis — nesusiūto audinio trupumas, o ne partnerio gyvuliškumas ar netausojimas. *Dr. T. Goldbergas.*

6. J. Putz (Miskolcas, Vengrija): **Graviditol in d. Geburtshilfe.** (Graviditolis akušerijoj). („Z. f. Geb. u. Gyn.", 1930, Nr. 4).

Graviditol'is — uterustonicum, parduodamas ampulėmis (1 ccm. 1%) ir tabl. po 0,025. Švirkščiamas į veną ar į raumenis. Autorius išmėgino graviditolį tiktai intra venam ir tai tiktai pogimdyminiame perijode. Efektas buvęs visada greitas, t. y. kraujavimas paliaudavęs. Taip pat geras buvo jo veikimas esant smirdančioms lochijoms ir plėvių užsilaikymui. Buvo duodama 3 kartus per dieną po 2—3 tabl. po išskutimo, uterus'o subinvoliucijoj. 5—10% ligonių turėdavę pykulio, galvos svaigimo, ūžimo ausyse; bet tatai visada buvo tiek mažo laipsnio, jog autorius dėl to nenustodavęs davęs graviditolį. *D-ras T. Goldbergas.*

7. H. W e i g a n d (Aachenas): **Malariabehandlung der weiblichen Gonorrhöe.** (Moterų gonorrėjos gydymas maliarijos pagelba). („Z. f. Geb. u. Gyn." 1929, Nr. 45).

Turėjo būti aišku, kad, analogingai lues'ui, bus mėginta gydyti maliarijos pagelba ir kiti susirgimai. Autorius tatai mėgino ir pasirodė, kad aštriais gonorrėjos atsitikimais negaunama jokių sėkmių. Bet chroniškais šitos ligos atvejais gauta labai gerų rezultatų. Galima būtų prie to pridėti dar specifinė terapija (bacilli Partagon Sandoz). Adnex'ų komplikacijos nėra kontraindikacija, ir taip pat gerai išgydoma maliarijos terapija; taip pat gerų rezultatų buvo gauta gonorrėjinių monartritų atvejais. Maliarijos įskiepijimo technika panaudota iš dermatologo prof. H e u c k'o. Straipsnyj nemaža smulkmenų, taip pat nurodyta įskiepijimo laikas ir kiekis reikalingų gonorrėjai išgydyti maliarijos priepuolių. *Dr. T. Goldbergas.*

8. K. T e o f i k (Konstantinopolis): **Extrauterine und extramembranöse Bauchschwangerschaft mit 8-monatigen lebendem Kind.** (Ekstrauterinis nėštumas gyvu 9 mėn. kūdikiu). („Z. f. G. u. G.", 1929, Nr. 46).

Aprašytas atsitikimas, kai ligonė, būdama 8 nėštumo mėnesyje, atvyko klinikon nusiskųsdama kažkuo pilvo srityje, dėl ko kylą skausmai. Apčiuopiant ir ištyrus rentgenu (su lipjodol'iu) nustatyta diagnozė ir operuojant paaiškėjo ekstrauterinis, ekstramembraninis nėštumas. Jisai buvo kairiajame vamzdyje; pro sprogusį vamzdį kiaušinėlis pateko pilvo sritin, o placenta nusėdo iš dalies peritoneum'e Douglasii, iš dalies žarnose. Vėliau vaisius išslydo pro pasidariusią pirmais nėštumo mėnesiais plėvės skylę ir augo už plėvės kiauto, laisvoje pilvo srityje. Po operacijos kūdikis dar gyveno 62 val. *Dr. T. Goldbergas.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

4 Dr. O s c a r B l a t t: **Vergleichende Leberfunktionsprüfungen bei Syphilis.** („Derm. Woch." 1928, Nr. 11).

Spirocheta pallida dažnai jau anksti pakenkia kepenis ir retikulo-endotelinį aparatą.

Kai dėl įvykstančio kepenų susirgimo gydant syfilį, tai atskirų autorių nuomonės skiriasi. Dalis jų tos nuomonės, kad svarbiausiu kepenų kenkėju yra syfilio infekcija, o kiti mano, kad tokiu kaltininku esąs salvarsanas.

Straipsnio autorius mano, kad sunkios komplikacijos įvykstančios tada, kai veikiančios abi priežastys. Mat, jau syfilio pakenktas kepenų audinys nėra tiek atsparus arsenobenzolio kenkiančioms savybėms, kaip kad sveikas organas. Kėbli gali būti gydytojo padėtis, kai nėra jokių klinikinių symptomų, o kepenų audinys vis dėlto pakenktas. Toksai ligonis dažnai gerai pakelia pirmąją ir antrąją terapinę salvarsano dozę, bet po trečios ar ketvirtos injekcijos pasirodo mažiau ar daugiau išreikštas apsinuodijimas (Spätvergiftung nach Salvarsan). Tuomet dažnai kaltinami antraeiliai momentai.

50-čiai luetikų ligonių kepenų normalumui nustatyti autorius darė įvairius palyginamus tyrimus ir rado, kad 17 (34%) iš jų prieš gydymą turėjo pakenktas kepenis. Iš 19 luetikų su negatyviais kepenų pakenkimo prieš gydant daviniais, po gydymo pasirodė pozityvūs daviniai 2 atsitikimais; čia galima esą kaltinti salvarsanas (buvę gydyti salvarsanu ir bismatu). *Dr. V. Juškys.*

5. Prof. Dr. H. R i t t e r u. C. L. K a r r e n b e r g: **Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der Thalliumepilation.** („Derm." Woch." 1928, Nr. 13).

Aprašomu 2 atsitikimu (abu - broliu), kur buvo gydyta thallium ac. ir abudu įgijo komplikacijų (aukšta t°, psychikos sutrikimai ir t. p.). Vienam pacijentui pasidarė purūs (locker) plaukai tiktai trumpam laikui, o po to vėl stipriai laikėsi. Antram broliui, pirmomis dienomis, kada jau buvo galima pradėti epiliacija, pasirodžiusi trumpa su t° angina. Autorius

literatūroj radęs, kad nevienas vaikas vadinamoj „Epilationsinkubations" stadijoj turėjęs interkurrentinę su drūgiu anginą. Priežastis — mano esąs konstitucinis nenormalumas. Kalbamiem 2 broliam jų svoris nepasiekė visai normos ir nežiūrint į tą palyginti mažą trūkumą, komplikacija įvyko. Vartojant Thallium acet. autorius pataria kreipti atatinkamo dėmesio ne vien tik į kūno svorį, bet ir į endokrininės sistemos sutrikimus, kurie taip pat gali duoti negeistinų reiškinių.

Iš daugybės gerų atsiliepimų apie epiliaciją su Thallium acet., autoriai pastebi ir pasitaikančius sunkius reiškinius, kaip antai: chorea, tetania, sunkios artralgijos, erythema nodosum, sunkūs psychikos sutrikimai.

Dr. V. Juškys.

6. Dr. L. Naumor - Golubova: **Sind Insekten als Lepraverbreiter zu betrachten.** („Derm. Woch." 1928, Nr. 15).

Eilė autorių, kurie įšvirkštė 140 sveikiems žmonėms lepros sužadintoją, negavo nė vieno susirgimo (Danielsen, Lutz, Bargelli, Propfeta). Jie mano, kad apsikrėtimui reikalingas esąs tarpininkas, kokiu galis būti insektas.

Gomes'as pastebi, kad lepra pasitaikanti tokiems žmonėms, kurie niekada neturėję santykių su leprininkais, bet gyvenę neperdideliame nuo lepra sergančių atstume.

Herxheimer'is manąs, kad, be tiesioginio apsikrėtimo nuo leprininko (esant tam tikrai ypatingai dispozicijai), galimas ir netiesioginis apsikrėtimas. Pirmoj vietoj čia esą reikia pastatyti musės ir kiti insektai.

Paldrock'as esąs tos nuomonės, kad galimas daiktas, jog vieno lepros sužadintojo esą permaža; be šito, dar reikalingos kitos atitinkamos bakterijos, kurios, gyvuodamos infekcijos vietoje, symbiozuoja su lepros sužadintoju, pastarajam padeda įsigyventi organizme.

Lama pastebi, kad leprininkų anamnezėje galima dažnai stebėti blusos sarcopsylla penetrans buvimą. Maitindamas maistu, kurs turi lepros sužadintoją Sandes'as gavęs 30% tirtų blakių (Wanzen) lepros bacilų iki 16 dienų po maitinimo; tuo tarpu po panašaus maitinimo uodams, musėms ir blusoms rūgštims atsparių lazdelyčių arba nerasdavę visai arba visai trumpą laiką po maitinimo.

Bassewitz'as pranešęs vieną atsitikimą, kuriam apsikrėtimas įvykęs per niežų arkę.

Marchoux ir Sorel'is mano, kad acarus scabiei čia vaidina netiesioginį vaidmęnį — sužeidžia odą, pro kurią jau lengva įeiti infekcijai.

Demodex folliculorum vaidmuo šituo atveju taip pat gana dažnai sukelia ginčus.

Boinet mano, kad kaikurie insektai gali leprą pagydyti, kaip, pvz. bitis; aprašomas atatinkamas atsitikimas.

Toliau seka eilė priešingų aukščiau minėtoms nuomonėms.

Galop, autoriaus nuomonė, kad esą nėra abejojimo, kad mitusi tokiu maistu, kur yra lepros sužadintojas, blakė, yra pavojingiausias lepros platintojas. Čia esą nereikalingas joks symbiozas. *Dr. V. Juškys.*

AKIŲ LIGOS.

1. M. Cremer (München): **Zur Kalktherapie bei phlyktänulären Augenkrankungen.** („Arch. f. Augenheilk." 1929, Bd. 100—101, p. 729 — 732).

Kalcis yra normali sudėtinė celės dalis ir veikia organizme savo ionais, ypačiai parasympatinę nervų systemą. Kiek matyti iš gausios literatūros, kalciumterapijai tinka: centralinės ir ypačiai vegetatyvinės nervų systemos sujaudinimai (vagotonia, tetania, asthma bronchiale, spasmophylia), egzogeginė kalcio stoka (rachitis), įvairūs ekssudatyvinės diatezės pavidalai, visokeriopa intratorakalinė tuberkulozė (nuo primarinio komplekso iki kavernozinės džiovos), chroninė ekzema ir recidivuojantieji katarai ekssudatyvinėje diatezėje.

Geras kalcio veikimas ekzemoje esąs paskatinęs Miuncheno akių klinikos prof. W e s s e l y vartoti kalcį skrofuloziniais akių susirgimais. Autorius patikrino W e s s e l y'o klinikoje kalcio veikimą, vartodamas jį ryškaus skrofulozinio keratokonjunktivito atvejais ir atrinkęs kita tiek tokių pat vaikų, kuriems buvo viskas daroma taip pat, tik neduodama kalcio. Ir vienų ir kitų buvo po 75 atsitikimus. Jų visų buvo pozitivi Pirquet'o reakcija. Visiems jiems buvo vartojama: sūdytos vonios, žaliojo muilo trynimas, ilgas buvimas lauke, antiskrofulozinė dieta, ūkanotomis dienomis ultravioletinis švitinimas. Skirtumas buvo tik tas, kad vieni jų gaudavo dar kalcio, o kiti ne. Apie efektą buvo sprendžiama iš to, kiek ilgai tekdavo vieni ir antri klinikoje laikyti. Pasirodo, kad tie, kas gaudavo kalcio, pagydavo per 14,1 dienų, o be kalcio per 22,5 dienas.

Beieškant indiferentinio skonio atžvilgiu preparato galų gale pasirinkta kalcio glukonatas K a l c i u m - S a n d o z, tokie balti milteliai be skonio ir be kvapo. Jie duodama su pienu, sriuba, arba 3 sykius per dieną po arbatinį šaukštelį, vyresniems vaikams su kaupu, mažiems (iki 3 metų) be kaupo. Duodama kasdien 6 savaites; paskiau, jei yra recidivo pavojaus, po mėnesio pertraukos vėl pakartojamas antras kursas, taip pat 6 savaites.

Prof. P. Avižonis.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIJA.

2. P r i v a t d o z e n t Dr. H. L o e b e l l: **Septumperforationen bei Cocainabusus.** (Z. Hals- usw. Heilk.“ 25 B., 3 H., 1930).

Iš seno yra žinoma, kad kokainistams dažnai pasitaiko nosies pertvaros perforacijos; jų atsiradimas aiškinamas tuo, kad kokaino kristalai veikią mechaniškai specialiai nosies pertvaros gleivinę plėkšnelę, o pats kokainas, per ilgą laiką anėmizuodamas ir anėstezuodamas gleivinę plėkšnelę, sukeliąs atrofinę slogą, opas ir galų gale perforacijas. Kadangi toksai perforacijų atsiradimo aiškinimas turi nemažos nosies ligų specialybėj vertės, nes kaip tik šitoj srityj tenka dažnai vartoti kokainas tiek terapijos tiek ir diagnostikos tikslais, tai autorius stengėsi eksperimentais patikrinti šitą kokaino veikimą.

Tam tikslui jis ar įpūsdavęs kralikams ir šunims kokaino miltelių į nosį ar pulverizuodavęs 50% kokaino skiedinį. Tokį gleivinės plėkšnelės kokainizavimą tęsdavęs ilgą laiką (ligi 6 mėn). Tiriamųjų gyvulių dalis pastipo, nusinuodijus kokainu, kiti buvo užmušti; visų be išimties vidaus organuose buvo susektas gausingas kokaino kiekis, bet nosies gleivinės plėšnelės histologiškas tyrimas davė visai normalų vaizdą: nebuvo pastebėta jokių pakitimų ne tik kremzlėj, bet ir antkremzlyj ir pačioj gleivinėj plėkšnelėj.

Tokį prieštaravimą tarp kliniškų davinių ir eksperimentų autorius aiškina tuo, kad ne kokainas, tiesioginai veikdamas gleivinę plėkšnelę, sukelia perforacijas, o kad kitos pašalinės priežastys esančios čia kaltos; kokainas sukelia parėstezijas V nervo srityse, ligonis jaučia nuolatinį niežėjimą nosyje, krapšto ją ir tuo būdu mechaniškai jaudina, dėl ko nosyj atsiranda šašai, išopėjimas ir pagalios pertvaros perforacijos.

Dr. S. Žilinskas.

3. Dr. L. L e t e l i e r: **De l'amygdalectomie et de l'adénotomie dans le traitement de la chorée de Sydenham.** („Revue de Laryngologie, d'otologie et de Rhinologie“, 1930, Nr. 2).

1911 metais G r i f f u chorėjai gydyti patarė daryti tonzillėktomiją, motivuodamas savo patarimą tuo, kad daugeliui sergančių chorėja būna tonzillų uždegimai, ar bent praeityj būdavę dažni, pasikartoją ryklės susirgimai. Dauguma šiuo laiku chorėją mano esant infekcine liga, nors ir nėra išaiškinta, ar kuri - nors specifinė, ar paprasta infekcija sukelia šita ligą; eksperimentais pavyko gauti chorėja pas šunis, įskiepijant jiems streptokokkus, paimtus nuo tonzillų ligonio, sergančio ūminiu reumatiniu polyartritu ir chorėja.

Kad tonzillos yra daugeliui ligų infekcijos vartais, abejoti netenka, o kadangi pas sergančius chorėja dažnai konstatuojami tonzillų patologiški pakitimai, tai autorius platesniu mastu pradėjo vartoti tonzillėktomijas ir adenoidotomijas terapijos tikslais ir gavo labai gerų rezultatų. Jis patiekia 10 ligų istorijų, kame ligoniams, sergantiems chorėja ir kartu turintiems hypertrofuotas ar chroniškai įdegusias tonzillas ar adenoidus, buvo jo padarytos tonzillų ekstirpacijos ar adenoidotomijos ir visi chorėjos simptomai išnykdavę pirmomis po operacijos dienomis. Tolimesnė šitų ligonių kontrolė taip pat davė progos konstatuoti visišką ligonių pasveikimą.

Dr. S. Žilinskas.

RADIJOLOGIJA.

2. W a l t e r S t e m p e l l (Miunsteris): **Die Lebensstrahlen.** (Gyvybės spinduliai). („Strahlenth", 34-4. Pusl. 868).

Autorius trumpai aprašo gyvybės spindulių ieškojimo istoriją, ir nurodo savo eksperimentų išdavas. Jam pasisekę atrasti labiau patikimų tiems spinduliams detektorių, negu tatai vartojo G u r w i t s c h'as savo darbuose. Būtent, vietoje komplikuoto biologinio detektoriaus, narvelių branduolių kariokinetės pavidalu, jis panaudojo grynai fizikalinius detektorius; hydrogen. hydroperoxydat ir Liesegang'o apskritimus (Liesegang'o apskritimai gaunami tirštame želatinos skiedinyje, kuriame yra įmaišyta kiek ammon. bichromati. Paėmus tokios ištirpintos želatinos padaromas ant stiklo plokštelės žiedo pavidalo apskritimas. Želatinai sukietėjus, į to žiedo vidų įlašinamas vienas lašas argenti nitr. 20%. Tuojau šito skiedinio prisilietimo vietoje pasidaro rudas nuosėdų lankas, kuris, ypač išstačius į šviesą, plečiasi toliau link krašto, bet ne lygia druožia, o atskirais žiedo pavidalo mažais apskritimais, išmėtytais visame želatinos lauke).

Abu detektoriai ir ypač antrasis pasirodė patikimais.

Mėginimai daryti su svogūnais. Daryta per stiklo ir krištolo plokšteles, kad išjungus bet — kurį cheminį veikimą. Kadangi veikimas į Liesegang'o žiedu formavimąsi gautas tiktai per krikštolo plokštelę, tai autorius daro išvadą, kad spinduliuojančioji energijà, gaunama iš svogūnų, yra ultravioletinių spindulių rūšies. Tamsoje žiedai pasidaro tiktai tose vietose, kur padėta svogūnų; šviesoje, priešingai, tose vietose, kur padėta svogūnų, žiedų neatsiranda ir želatina tiktai nusidažo gelsvai.

Autorius mano, kad panašius spindulius, gal būt, gamina ir spinduliuoja visi organizmai; jisai yra įsitikinęs, kad tie spinduliai vaidiną svarbų vaidmenį organizmų gyvenime, tiki tatai turėsianti didelės reikšmės biologiniams mokslams ir medicinai, ypač radiologijai. *Dr. P. Kalvaitytė.*

PATOLOGIJA.

2. J. B a c h h o l d: **Fermentas ar gyva būtybė (Ferment oder Lebewesen)?** („Umschau", 1930 m., Nr. 7).

Autorius, vienas žymiausių tyrinėtojų koloidų srityje, reiškia mintį, kad tarp gyvos ir negyvos medžiagos, tarp organizmo ir fermento, yra tarpinė grandis. Ir toji tarpinė grandis — tai vadinamieji bakteriofagai. Prie tokios išvados autorius šitaip prieina.

Žinoma, kad, be mikroorganizmų, kurie matomi pro mikroskopą paprastoje šviesoje, yra dar submikroskopiškų arba subviziblių organizmų, kurie paprastoje šviesoje nėra matomi. Pastarieji—ir tai nedaugelis iš jų—pavyko pamatyti tik ultraviolėtinių spindulių pagalba (275 — 300 mikronų bangos ilg.). Taip, pav., profesorė R a b i n a v i č a i t ė atrado bręstamąją tuberkulozinio bacillo lytį, kuri yra daug mažesnė už žinomą bacillą. Daugelio infekcinių ligų antkryčiai, kaip antai: raupų, tymų, gripo, škarlatinos, epizootinių aftų, kiaulių bei vištų maro, šuns kvėpuojamųjų takų įdegimo (Hundestaupe) ir kt., dar iš tikrųjų nesurasti. Reikia manyti, jie yra dar mažesni. Iš submikroskopiškų organizmų vieni praeina pro tam tikrus filtrus, kiti — ne. Pajėgumas filtruotis pareina ne tik nuo bakterijos didu-

mo, bet ir nuo elektrinio apsikrovimo filtruojamos medžiagos, rsp. filtro. Be to, filtruojamosios bakterijos gali būti taip stipriai prikibusios prie didesnių organinių dalelių, kad negali nuo jų atsiskirti, vadinas, ir filtruotis. Prie tokių antkryčių, gal būt, galima priskirti raupų ir herpes simplex antkryčiai.

1917 m. prancūzas d'H è r e l l e stebėjo tokį dalyką. Vienas žmogus buvo gydomas Pasteur'o ligoninėje nuo dizenterijos. D'H è r e l l e paėmė kelis lašus jo skystų išmatų, įdėjo į mėgintuvėlę su buljonu ir prafiltravo šitą buljoną pro nepraeinamą bakterijoms filtrą. Filtratą pridėjo prie dizenterijos bacillų suspenzijos ir pastatė į termostatą (37°). Taip jisai darė kiekvieną dieną per visą šito žmogaus ligą. Bacillai vis gerai užaugdavo. Tik vieną dieną jisai žiūri, kad mėgintuvėlė liko sterili: bacillai joje nebeužaugo. Šita diena kaip tik buvo pirmoji žymaus ligonio pagerėjimo diena. Pridėjęs kelis lašus šito skystimo į mėgintuvėlę, kurioj buvo užauginta stipri dizenterijos bacillų kultūra, d'H è r e l l e matė mėgintuvėlės turinio skaidrėjimą: bacillai tirpo. Tirpinąs veiksnys, lizinas, praeina pro bakterijų nepraeinamąjį filtrą. Jeigu šito lizino skiediniu patepsime agar-agarinę bakterijų kultūrą, tai pateptoje vietoje bakterijos ištirpsta. Labai atskiestas lizinas palieka bakterijų kolonijoje atskiras duobutes, kurių kiekis mažėja proporcionaliai lizino atskiedimui. Šituo remdamasis d' H è r e l l e padarė išvadą, kad tirpinąs veiksnys yra medžiaga, susijusi su atskirais organiniais kūnelių pavidalo (korpuskuläre) elementais. Vadinas, čia turima reikalo su gyva esybe, su bakterijų parazitu, kurį d'H è r e l l e pavadino bakteriofagu.

Bakteriofagai yra griežtai specifiški ir veikia net silpniausiu skiediniu (10^{15} lizino dalelių 1 litre). Jo didumas maždaug baltymo ir hemoglobino molekulų agregatas. Bakteriofagų visimas yra glaudžiai susijęs su bakterijų visimu: jie daugėja tik bakterijoms besidauginant. Iš kitos nevystančios maitinamosios medžiagos jis nepajėgia daugintis. Šituo atžvilgiu jie skiriasi nuo visų gyvų būtybių, nes paskutiniosios pačios savarankiškai veisiasi. Bet, antra vertus, bakteriofagai, kaip ir visos kitos gyvos butybės, pajėgia asimiliuoti svetimą baltymą ir pagaminti tam tikrą sekretą (liziną).

Tuo būdu bakteriofagai užima tarpinę vieta tarp gyvo organizmo ir negyvos cheminės medžiagos (fermento) ir sudaro tarp jų tiltą, panašiai kaip koloidiniai skiediniai sudaro tiltą tarp paprastų skiedinių ir suspėnzijų.

Gal būt, ir submikroskopiški dar nežinomi ligų antkryčiai kaip tik čia reikia ieškoti, pav. Rous sarkoma, kurio antkrytį autorius taip pat yra linkęs priskirti prie tokių tarpinių elementų.

Dr. J. Mackevičaitė - Lašienė.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Apie individualinį reagavimą medikamentams.** Doc. H. J a n u s c h k e patiekia įdomių davinių apie tai, kaip įvairiai atskiri medikamentai veikia įvairius asmenis.

Idiosinkrazija gali duoti exitus, kaip tatai atsitiko dviem kūdikiam, įlašinus į noselę nuo slogos mentolio aliejaus. Mėginant alergiją astmos ligoj jau intrakutaninė injekcija 0,1 kiaušinio baltymo, arba 0,02 žuvų klijaus arba 0,06 arklių serumo baigdavusis mirtim. Tad panašiai diagnostikai leistina vartoti tik skarifikacijos metodė.

Gland. thyreoideae tabletės galinčios net kelti svorį. Atsirandančią gydant nutukimą tachykardiją gerai sustabdąs digitalis (erzinimas vagus'o). Antra vertus, spontaninė bradykardija, atsirandanti ligoniams, turintiems mitralinę širdies ydą, galinti būti paš[illegible]ma gl. thyreoideae preparatu (erzinimas sympaticus'o).

Vaikams kodeinas dažnai tik tuomet slopinąs k[illegible]jimo centrą (žinoma,

nepaliesdamas jų sąmonės, resp., smagenų žievės), kai jis duodamas kartu su digitalis'u arba koffeinu.

Kūdikių dujų skausmai (žarnų diegliai) dažniausiai praeina nuo pyramidono; kai ir tas nepadeda, gelbsti cardiazol'is — tris kartus dienoj po 0,01.

Kolapsuose nuo karštligių puikiausiai veikiąs koffeinas, o tuo tarpu tasai pat koffeinas galįs pabloginti staigų senelių silpnumą ir dažnai nepadedąs staigiam jaunųjų neurotikų silpnumui, kurį gerai paveikią kraujagyslių plėtikai (amyl. nitros., nitroglycerin., konijakas, cardiazol'is).

Ekzeminis conjunctivitis ir furunkuliozė (ypačiai kūdikių) galį pagerėti ir pranykti nuo mažų digitalis'o dozių. (Immunitätswirkung der Digitalis).

Anksti duodamas digitalis (pagaliau, ir koffeinas) tikriausiai apsaugoją nuo difterinio exitrs'o. („W. med. Woch.", 1929, Nr. 50).

× **Nauji patyrimai ultravioletinių spindulių terapijoj.** Gydomasai efektas gaunamas tik nuo dirbtinės kalnų saulės lempų H a n a u firmos; kitokios lempos turinčios per maža ultravioletinių spindulių. Norint pridėti dar šilimos spindulius, tenka kalnų saulė vartoti su kuriuo kitu šildomuoju aparatu. W e i s s'as turėjęs gerų pasėkų švitindamas ischias'o ligoj delno platumo šlaunies paviršius kvarco lempa, kol gaudavęs dermatitą (smarkios erytheminės dozės).

Grippo ligoj švitinimai, pagal H u f n a g e l'į („M. med. Woch.", 1928 m., Nr. 32) greitai visiškai pagydo. Be to, pagal H ö r n i c k e, („Strahlenther.", 1928, Bd. 28) ultraviolet. spinduliai ir apsaugoja nuo gripo ligos.

Kvarco lempa tinka ir akių ligoms gydyti. S p i r o, matęs gerų pasėkų gydydamas blepharitis, conjunctivitis phlyctenulosa, keratoconjunctivitis ir keratitis, ulcus corneae ir nespecif. dacryocystitis, tuberkuliozinį iritą. Labai naudingi čia pasirodė bendri viso kūno švitinimai, tačiau akių gydytojų specialus vietinis gydymas taip pat yra čia būtinas. Dozė skiriama atsižvelgiant į ligonį. Tikra erytemos dozė galima susekti Koller'io erythemdozimetru ir odos jautrumui matuoti aparatu, kuris galima gauti taip pat H a n a u firmoje.

Apie spindulių padaromą žalą akims rašęs H i r s c h f e l d'as („Med. Welt.", 1929, Nr. 23). Jie esą sukelia conjunctivitis ir keratitis, nes pryšakinės akių dalys daugiau spindulius absorbuoja. B ü c k l e r'is („Kl. W.", 1929, Nr. 17), rado, kad net keletos valandų akių švitinimas sukelia tik laikinas vakuoles ragenos epitelyje ir greitai praeinančią eksudaciją kameros skystyje; niekuomet tačiau nesudrumzlėjęs lęšiukas ir nenukentėjanti tinklainė. Ultravioletiniai spinduliai veikia tik per 0,5 mm. gilumon. Kad apsaugotume akis nuo spindulių, turime švitinimo metu dėvėti akinius. Akims apsaugoti nuo spindulių, kurių ilgis siekia 280—260 mm., T r e n d e l'is („Med. Welt., 1929. Nr. 22) siūlo lašinti c o r o d e n i n'ą. Tatai yra 0,3% 5 - aethoxychinolin'o tirpinys 8 - sulfo rūgštyje, formulė — C_2H_5 OSO_3HN. Vaistus gamina Riedel'io firma Berlin — Britz'e (H u g o B a c h, „Strahlenther.", 1929, Bd. 34).

× **Rachito gydymas ir profilaktika.** Prof. L. L a n g s t e i n'as dar pernai skirdavęs kūdikiams 4—6 mg. švitinto ergosterino pro die, tačiau paaiškėjus, kad perdozavimas žalingas (eksperimentai su gyvuliais ir atskiri atsitikimai praktikoje), dabar t e r a p i š k a d o z e laiko kūdikiams ir mažiems vaikams 1 m g. p r o d i e (=25 klinikinių vienetų, 12 lašų v i g a n t o l'io alyvos, 30 lašų r a d i o s t o l'io alyvos, 2 v i g a n t o l - d r a g é e s arba r a d i o s t o l - d r a g é e s). Suaugusių dozė — 5 mg. pro die. Jei šitos mažosios dozės nepadėtų, galima kūdikiams ir mažučiams vaikams ištisas kelias savaites davinėti po 2—3 mg. pro die. P r o f i l a k t i k a i pakanka 0,1—0,6 mg. pro die (= 2—10 klinikinių vienetų, 1—5 lašų v i g a n t o l'io alyvos arba 2—10 lašų radiostol'io alyvos). Profilaktikai (terapijai mažiau tinka) galima vartoti ir švitintas pienas; tačiau pastarasis geros rūšies galima gauti tik didesniuose miestuose ir jisai sunku tiksliai dozuoti, nes kiekvienas pienas turi kitokį ergosterino kiekį. Vis tik leistina vartoti ¼—½ litro švitinto pieno. Švitintas pienas L a n g s t e i n'o laikomas tik

„erzacu", ir jo patariama davinėti profilaktikos tikslu nuo ketvirtojo mėnesio amžiaus iki dviejų metų (rachito pavojaus amžius) davinėti tiksliai dozuojamasis aktivuotas ergosterinas. Iki šiol labai sunku įtikinti tėvus, kad toji medikamentinė profilaktika yra būtinai reikalinga; anksčiau tatai nepavykdavę su žuvies taukais. Gal tiktų Degkwitz'o siūlymas davinėti kiekvienai motinai nuo ketvirtojo jos kūdikio mėnesio tam tikras kiekis miltų su švitintu ergosterinu gaminti kūdikio košelėms. Autorius dar pageidauja, kad ergosterino preparatams būtų nustatytas tarptautinis štandartas, („Fortschr. d. Ther.", 1929, Nr. 21),

× **Haemoptoë gydymas.** Kadangi NaCl veikia greičiau, o $CaCl_2$ ilgiau, L. Lindt'o patariama švirkšti abiejų tirpinių po 5 ccm. 10% tirpiniuose du-tris kartus per 24 valandas. Nepagelbėjus, švirkščia dar 5—10 ccm. ol. camphorae 20% į raumenis. Sunkiais atsitikimais dažnai puikiai veikia 10 ccm. clauden'o, švirkščiamo venon pašildžius iki kūno t^0 ir labai lėtai, nuolat patikrinant, ar pasirodo švirkšlėj kraujas. Ligonis tenka perspėti, kad po 30 minučių pakyla karštis iki 39° ir ima krėsti šaltis; su šituo nemaloniu apsireiškimu kovoja išvirkšdami po oda 1—2 ccm. cardiazol'io. Clauden'as blogai pakeliamas švirkščiant jį po oda, bet jis galima duoti per os, gydant ilgai tveriančius mažus kraujaplūdžius (4—6 tabletės pro die); dar geriau rytą ir vakarą švirkšti po oda koagulen'ą. („M. Kl.", 1929, Nr. 28).

Kronika.

D-RAS Š. MERAS.

(Nekrologas).

Š. mt. kovo mėn. 26 d. mirė Panevėžyj d-ras Š. Meras, labai populiarus ir visų mylimas gydytojas, ilgametis Panevėžio gydytojų draugijos pirmininkas.

Iškilmingose laidotuvėse, įvykusiose kovo mėn. 28 d., dalyvavo didelė minia. Laidotuvių eisena nuvyko pirmučiausia prie žydų ligoninės. Čia buvo pasakytos kalbos: d-ro Landau — žydų bendruomenės vardu, p. Rikles'o — ligoninės valdybos vardu, d-ro Babianskio — Draugijos kovai su tbc. vardu, d-ro Gurvičienės — „Oze" draugijos vardu ir d-ro Boroko — ligoninės personalo vardu. Toliau laidotuvių eisena nuėjo prie miesto valdybos, kur pasakė kalbas m. burmistras Chodakauskas ir m. tarybos vardu adv. Petruškevičius. Iš čion eisena vyko prie ligonių kasos būstinės, kur pasakė kalbą darbo inspektorius. Toliau eisena vyko prie žydų gimnazijos, kur pasakė kalbas gimn. dir. d-ras Melmanas ir d-ras Feldas. Iš čion eisena vyko prie sinagogos, kur pasakė kalbą rabinas, o kantorius pagiedojo atitinkamas maldas.

2 val. eisena atvyko į žydų kapines. Čia buvo pasakytos kalbos: d-ro Domaševičiaus — Panevėžio gydytojų draugijos vardu, d-ro Didžiulio — Lietuvos gydytojų sąjungos vardu, d-ro M. Epšteino, d-ro Vl. Kuzmos — Kauno medicinos draugijos vardu ir d-ro T. Gutmano — Kauno m. gydytoju sąjungos vardu.

Š. mt. balandžio mėn. 10 d. Panevėžio gydytojų draugija suruošė „posėdį savo nenuilstamajam pirmininkui D-ui Š. Merui paminėti, Jo asmenybei, kaipo piliečio, gydytojo, visuomenės veikėjo ir mokslo darbuotojo, atvaizduoti". Posėdis įvyko Žydų gimnazijos salėj, Elektros g-vė 15, 21 val. Šitame posėdyje dalyvavo atvykę iš Kauno — d-ras J. Staugaitis, kaipo Kauno medicinos dr-jos ir L. gydytojų s-gos atstovas, d-ras L. Finkelšteinas — „Oze" ir Kauno m. gydytojų sąjungos atstovas, ir d-ras Bliudzas — „Oze's" atstovas. Posėdyje buvo padaryta visa eilė pranešimų: d-ro Domaševičiaus, d-ro T. Gutmano, d-ro Boroko, d-ro Gurvičienės, d-ro L. Finkelšteino ir kt.

Plačiau apie velionį d-rą Š. Merą bus parašyta viename artimiausių „Medicinos" numerių.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Nauji gydytojai.** Medicinos gydytojo diplomą yra gavę: Kolodnas Froimas - Geršonas ir Legeckis Povilas. — Dantų gydytojo diplomą yra gavusi Manasevičaitė Ellia. — Veterinarijos gydytojo diplomą yra gavęs Gutauskas Juozas.

× **Nauji asistentai:** Fiziologijos katedros laborantas chemikas Matulis išrinktas šitos katedros vyr. asistentu. — Anatomijos katedros jaun. atsistentu išrinktas biologas Ambrozas Juozas. Oftalmologijos katedros vyr. asistentei Landsbergienei Onai prailgintas terminas ligi š. mt. rugsėjo mėn. 1 d.

× **Anatomijos ir teismo medicinos institutas** numatomas statyti dabartiniame anatomijos pleciuje: auditorija būsianti bendra. Statybai manoma reikalauti 300.000 lt.

× **Karo stipendininkai** studentai medikai IV ir V kurso turės lankyti ruošiamus IV. 22 d.—V. 7 d. fizinio lavinimo ir kitų svarbių karo medicinos dalykų kursus.

× **Chirurginės klinikos statyba.** Baigus statyti akių ir ausų, nosies ir gerklės ligų klinikoms rūmus, projektuojama pirmon eilėn statyti rūmai chirurginei klinikai 150 lovų.

× **„Įstatymas lavonams tiekt L. Univ-to anatomijos katedrai"** projektas Medicinos fak-to tarybos jau yra priimtas ir netrukus bus patiektas Ministerių Kabinetui svarstyti.

× **Teismo medicinos katedros reikalais.** Kad L. Univ- tas galėtų tinkamai paruošti medikus ir teisininkus teismo medicinos sritryj, numatomos šios priemonės:

1) Visi įžengiamojo tardymo eigoje reikalingi plaukų, kraujo, spermos, mėšlo, naujagimių masės ir įvairių dėmių tyrimai atlikti siųsti L. Un-to teismo medicinos katedros vedėjui doc. Oželiui.

2) Visi kiti, grynai cheminiai, tyrimai siųsti Valst. technikos-chemijos laboratorijai.

3) Dėl nusikalstamųjų darbų, įvykusių Kauno m. ribose, visi reikalingi gyvųjų apžiūrėjimai (sužalojimo rūšies, darbingumo % nustojimo, amžiaus etc. nustatymas) ir lavonų skrodimai pavesti atlikti L. Univ-to teismo medicinos katedros vedėjui ar jo asistentui.

SUVAŽIAVIMAI, PARODOS, VARIA.

× **II Pabaltijo oftalmologų suvažiavimas** įvyks š. mt. gegužės mėn. 24 — 25 d. Tartu - Dorpate. Dalyvauja Pabaltijo valstybių — Estijos, Latvijos ir Lietuvos oftalmologai, akademinis personalas ir praktikuojantieji akių gydytojai.

× **Sanitar. technikos ir miesto hygienos kongresas** įvyko Pragoj kovo mėn. 16—18 d. Kongrese dalyvavo atstovai iš 19 valstybių, atstovaują apie 100 miestų. Šito kongreso tikslas buvo suderinti mediciną su teknika. Padaryta pranešimų apie 40. Iš Lietuvos kongrese dalyvavo 3 Kauno m. atstovai (burm. J. Vileišis, inž. S. Kairys ir d-ras Nekvedavičius) ir 1 Šiaulių m. atstovas (burm. Sondeckis).

× **Privati gydymo pagelba SSSR.** Neseniai medicinos ir sanitarijos darbuotojų sąjunga, vad., „medsantrud'as", matyti, pildydamas aukštesniųjų sferų norus, buvo nutaręs, kad narkozdrav'as turi griebtis griežtų priemonių visiškai likviduoti privačias gydymo įstaigas ir žymiai susiaurinti privačių gydytojų praktiką. Tačiau prieš šitokį medsantrud'o nutarimą pasisakė patys darbininkų atstovai. Centralinė profesinių sąjungų taryba š. mt. kovo mėn. 31 d., turėdama galvoj gydymo - sanitarijos tinklo nepakankamumą, nutarė panaikinti aukščiau minėtą medsantrud'o nutarimą.

GYDYTOJŲ REIKALAI.

× **Reikalingas gydytojas** Rozalimo m., Panevėžio apskr. Savivaldybė duoda 150 lt. subsidijos mėnesiui. Smulkesnių žinių galima sužinoti Razolimo v. valdyboj.

× **Vilkaviškio gydytojų byla.** Kaip yra žinoma, dviem Vilkaviškio gydytojam (d-rui J. Kudirkai, apskr. gydytojui ir karo gyd. K. Gudelis, artil. pulko gyd.) ir keturiems piliečiams buvo iškelta byla: pirmiesiems dviem už kyšių ėmimą, o antriesiems 4 už kyšių davimą, Paaiškėjo, kad visi keturi paliuosuotieji nuo karinės prievolės turėjo tokių kūno ydų, dėl kurių jie negalėjo būti paimti į kariuomenę. Kariuomenės teismas, išnagrinėjęs šitą bylą, visus kaltinamuosius išteisino.

Tuo būdu kaltinamųjų kolegų garbė atitaisyta. Bet kas jiems atlygins už tas morales kančias, kurias jie yra iškentėję iškėlus bylą, ir tuos materialius nuostolius, kurios jie dėl šitos bylos yra turėję?

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Sveikatos dep-to sanitarijos skyriaus įregistruota susirgimų infekcinėmis ligomis:** 1) 1930 m. sausio mėn.: dėmėtąja šiltine 11; vidurių šiltine 94 (mirė 6); paratyphus'u 5; difteritu 88 (mirė 4); mening. cerebrospin. 1; lepra (mirė 1); febris puerper. 19 (mirė 3); influenza 372; kokliušu 35; tymais 336 (mirė 3); vėjaraupiais 35; parotitis epid. 144; rože 46; tuberkulioze 96 (mirė 4); trachoma 590; vener. ligomis 434 (lues'u 209, triperiu 222, minkšt. šankeriu 3); niežais 42; rubeola 23; septicopyaemia 9 (mirė 4); skarlatina 135; enceph. let. 4.

2) 1930 m. vasario mėn.: dėmėtąja šiltine 86 (mirė 6); vidurių šiltine 82 (mirė 5); paratyphus'u 6; difteritu 90 (mirė 10); mening. cerebrospin. 3 (mirė 3); febris puerp. 21; influenza 431 (mirė 2); kokliušu 92; tymais 212 (mirė 2); vėjaraupiais 39; parot. epid. 125; rože 51; tuberkulioze 61 (mirė 2); trachoma 368; vener. lig. 370 (syfiliu 210, triperiu 157, minkšt. šankeriu 3); niežais 48; lyssa 4; rubeola 53; septicopyamia 1; skarlatina 107.

× **Kauno apskr. ligoninė.** Kauno apskr. valdyba kreipėsi į Kauno m. valdybą prašydama duoti sklypą žemės Kauno apskr. ligoninei statyti.

× **Privalomas rauplių skiepijimas.** Medicinos taryba neseniai priėmė „Rauplių skiepijimo įstatymo" projektą, kuriuo numatomas privalomas rauplių skiepijimas.

× **Syfilis Biržų apskr.** Prieš karą šita liga Biržų apskr. buvo beveik nežinoma. Po karo 1900 metais Biržų ligoninėje gydėsi keletas vokiečių kareivių apkrėst usyfiliu mergaičių. Vėliau syfilis sumažėjęs; jau 1924 m. nebebuvo nei vieno syfiliu sergančio atsilankymo ligoninėje. Nuo 1925metų syfilis pradėjo plėstis, k. a.:

1925 m.	gydėsi	ligoninėj	1	lig.
1926 m.	„	„	2	„
1927 m.	„	„	13	„
1928 m.	„	„	17	„
1929 m.	„	„	10	„
1930 m. iki kovo 1 d.	gydėsi	ligoninėj	9	„

Nuo 1925 iki 1930 m. III. 1 d. iš viso gydyta ligoninėj 52 syfilitikai (21 vyr. ir 31 mot.). („Biržų Žin." 1930, Nr. 10).

× **Dėmėtoji šiltinė Biržų apskr.** Š. mt. vasario mėn. pradžioj Saločių ir Vaškų valsčiuose, Biržų apskr., kilo dėmėtosios šiltinės epidemija. Ji prasidėjo Telžių k., Saločių v., kur dėmėtąja šiltine miręs vienas pilietis, ir nuo jo apsikrėtę daugelis dalyvavusių šermenyse aplinkinių gyventojų. Dėmėtoji šiltinė ūmai išsiplėtė Telžių, Burgenų ir Bozališkio kaimuose Saločių v. ir Nonių, Vaineronių ir Vingrelių kaimuose Vaškų v. Iš viso susirgę 47 asmenys, iš kurių jau 3 mirę. („Biržų Žin." 1930, Nr. 10).

Akcinė „Varpo" B-vės spaustuvė, Kaunas, Gedimino g-vė Nr. 38.